



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA**

**Dottorato in Sociologia Applicata e Metodologia delle Scienze Sociali**

**XXVIII CICLO**

**Modificazioni corporee e cittadinanza transgender.  
Il caso del Movimento Identità Transessuale (MIT)  
di Bologna**

Dottoranda: Stefania Voli

Tutor: Prof.ssa Carmen Leccardi

Co-tutor: Prof.ssa Chiara Bertone

Anno Accademico 2014/2015



# INDICE

<b>Introduzione</b>	5
---------------------	---

## I PARTE: IL TEMA DELLA RICERCA

Capitolo primo	
<b>Definizione del tema della ricerca</b>	15
1. “Vogliamo essere definite donne”. Dalla rivendicazione all’approvazione della legge 164/1982	18
2. Da corpi “a-normali” a corpi “normati”	23
3. Sviluppi recenti e problematiche aperte. Il corpo (quasi) al centro della giurisprudenza	31
3.1 Uno, nessuno, centomila, o...?	35

Capitolo secondo	
<b>Le cornici teoriche</b>	43
1. Portare i margini al centro: i <i>Transgender Studies</i>	43
1.1 Il “corpo sbagliato”. Retoriche della transessualità	50
2. La sociologia del corpo	53
2.1 La sociologia del corpo (trans)gendered	61
3. La biomedicalizzazione dei corpi trans	69

## II PARTE: IL LAVORO DI CAMPO

Capitolo terzo	
<b>Il disegno della ricerca</b>	83
1. Obiettivi e domande della ricerca	83

2. Lo studio di caso	85
3. La metodologia della ricerca	89
3.1 L'osservazione partecipante	91
3.2 Le interviste semi-strutturate	96
3.3 I soggetti della ricerca	100
4. Quale genere di problematiche metodologiche per una ricerca sull'esperienza trans in Italia?	104
Capitolo quarto	
<b>Il consultorio MIT</b>	113
1. Originalità e ambivalenze	119
2. Sguardi divergenti	137
Capitolo quinto	
<b>Anti-corpi. Corpi tra disidentificazione e progettazione</b>	147
1. Corpi precari, generi precari. Scoprirsi in transito	150
1.1 Molti inizi/nessun inizio	150
1.2 Camuffare, obliterare il corpo	157
2. Riconoscersi	163
3. Re-azioni. Curare e allontanare i "corpi del reato"	174
Conclusione	178
Capitolo sesto	
<b>Re-inventare i corpi</b>	181
1. I trattamenti ormonali	184
2. Iniziare	193
2.1 Nel consultorio MIT	193
2.2 Zone "grigie": ormoni DIY ( <i>Do It Yourself</i> )	211
Conclusione	223

Capitolo settimo	
<b>Ri-costruire i corpi</b>	229
1. A/simmetrie del corpo de- <i>gendered</i>	236
1.1 L’“invidia della vagina”	238
1.2 Quale genere di maschilità?	244
2. Un transito tutto per sé	261
Conclusione	273
<b>Conclusioni</b>	277
1. Una premessa sulla categoria di cittadinanza	279
2. Il MIT: un “enzima attivo” per la costruzione di una cittadinanza trans in Italia?	283
3. Corpi trans e cittadinanza: una contraddizione in termini?	286
<b>Appendice 1. Parole che contano. Un glossario</b>	299
<b>Appendice 2. I soggetti della ricerca</b>	305
<b>Appendice 3. Trans Rights Europe Index</b>	309
<b>Trans Rights Europe Map</b>	309
<b>Bibliografia</b>	313



# Introduzione

Ma a chi giova la stabilità dei ruoli attribuiti?  
Come sono assegnate le parti?  
Perché ripetere incessantemente le stesse battute  
dello stesso testo?  
Perché mancano interi paragrafi della storia?  
Com'è possibile che non si possano aggiungere atti né modificare la scenografia?  
Paul B. Preciado, *Scordiamoci di essere speciali*

*Primo episodio. Vado al mercato delle Erbe, il principale mercato ortofrutticolo che si trova nel centro della città. Sto accompagnando R., una ragazza del MIT, a fare la spesa per un'iniziativa dell'associazione. Niente in quel momento è, formalmente, fuori "norma": due donne trentenni che attraversano uno spazio urbano, apparentemente neutro; si aggirano tra i banchi, chiacchierando, ripetendo l'elenco della spesa per essere sicure di non dimenticare nulla. Parliamo con i venditori (uomini e donne), chiediamo consigli. In questi gesti, in quello spazio, nessuna particolare trasgressione ad alcun possibile copione di genere sembra compiersi. Nonostante ciò, gli sguardi sono su di noi, silenziosamente e con un po' di stupore ci interrogano, ci seguono, ci pesano. La curiosità che il nostro passaggio crea è evidente e palpabile anche se mai "fobico". Non è solo il corpo singolo di R. – slanciato, affascinante, visibile – ma soprattutto l'accostamento dei nostri due corpi e delle nostre due presenze – entrambe, diversamente, di segno femminile – a produrre confusione. Soprattutto, lo è il fatto che tra le nostre due modalità di esperire, incarnare e ingenerare il corpo, la sua risulti senz'altro più attraente agli occhi di chi ci scruta. Mentre usciamo dal mercato sorrido. Mi rendo conto di aver assistito, essendone anche involontariamente attrice, ad un episodio di smascheramento di come – in quel margine spazio-temporale apertosi all'improvviso nella quotidianità – lo spiazzamento, il mandare all'aria i piani del maschile e del femminile, a partire dalle strutture più radicate, scontate, sclerotizzate del paradigma eteronormativo, sia una pratica quotidiana che si fa insieme, accostando corpi differenti e desideri di libertà convergenti. Ancora una volta, si parte da noi.*

*Secondo episodio. Dopo alcuni mesi dall'inizio della mia frequentazione del MIT, quasi tutte le notti, a metà della notte, mi capitava di svegliarmi e andare con la mano alla ricerca del contatto con il mio compagno che, accanto a me, dormiva profondamente. Poggiavo il palmo e le dita su di lui, ne scorrevo i confini del corpo chiedendomi, nello stato di incoscienza che accompagna le parentesi di veglia durante il sonno, se fosse un uomo o una donna. Solitamente, passati pochi secondi durante i quali andavo in cerca di un responso tramite il contatto, la mia auto-interrogazione terminava col pensiero che in fondo non era importante, la risposta non mi interessava. Potevo tornare a dormire tranquilla, nella consapevolezza che S. sarebbe comunque stato S., qualunque fosse stata la risposta. E con questa serena in/certezza, mi riaddormentavo. Allora, come oggi, penso che questa serenità provenisse dalla positiva consapevolezza che qualcosa nella struttura del mio cervello – già allenato da tempo ad un incessante esercizio di messa in discussione di assunti, norme e paradigmi gendered – si stava ancora una volta, ulteriormente, modificando, grazie alle sollecitazioni quotidiane che il mio corpo incarnato e ingenerato stava ricevendo e assorbendo tramite la vicinanza fisica e non solo con le persone incontrate al MIT. Per la prima volta in vita mia mi trovavo in molte occasioni ad essere “minoranza”, in quanto unica donna cis-gender (o, per usare gli aggettivi con cui le persone trans appellano le persone non trans, donna “biologica”, o “genetica”). Il rovesciamento del punto di vista, l'abbandono del privilegio di chi è “maggioranza”, e il riattraversamento delle pratiche corporee, delle teorie e delle esperienze gendered a partire da tale rovesciamento, è – fuori da ogni retorica – la possibilità più arricchente che questo percorso mi ha consegnato. Se e come tutto ciò avrebbe dovuto e potuto entrare nella mia ricerca, diventandone punto di partenza, non mi era chiaro all'inizio di questo lavoro. Ma ero (e sono) certa, che non sarò mai abbastanza grata alle persone che ho incontrato e che mi hanno fatto strada in questo percorso di ricerca.*

Gli episodi riportati sono due dei molti vissuti nell'arco di tempo – approssimativamente dal 2012 ad oggi – in cui questo lavoro è stato concepito e sviluppato. Nello stesso periodo, tanto a livello nazionale quanto globale, alcuni importanti cambiamenti culturali, politici e sociali hanno attraversato la questione “trans”<sup>1</sup>. Esperienze di trasgressione al tradizionale modo di concepire e vivere il dualismo di genere si sono rese visibili nello spazio pubblico, introdotte in larga parte dai *media mainstream* e dal web, canali di comunicazione e informazione che hanno reso possibile la diffusione di rappresentazioni diverse da quelle stereotipate e

---

<sup>1</sup> L'Appendice 1 offre un glossario con i termini considerati centrali per una maggiore comprensione – anche dal punto di vista linguistico – della ricerca.



stigmatizzanti con le quali la condizione trans è solitamente considerata. Non solo iper-donne iper-visibili e iper-sessualizzate nel ruolo di prostitute, ma anche figure “altre”. Tra queste, per esempio, alcune protagoniste della scena musicale, cinematografica, televisiva, tramite le quali hanno iniziato a prendere forma ulteriori interpretazioni possibili di esistenze e corpi “de-genere”. In molti casi, è anche accaduto che alcune di loro abbiano deciso di utilizzare la propria popolarità per rivendicare diritti, rispetto, dignità per tutte le persone che vivono in identità e corpi non obbedienti alla norma binaria dei sessi, e per denunciare le violenze e le discriminazioni che, per questa stessa ragione, esse subiscono. I casi che si potrebbero citare sono molti, e anche molto noti. La pluripremiata serie tv americana “Orange is the New Black” ha reso famosa Laverne Cox, l’attrice trans diventata anche attivista per i diritti delle persone lgbtqi, nei panni della carcerata *coloured* Sophia Burset. Analogamente, “Transparent” ha raccontato la storia di una ricca e movimentata famiglia ebrea di Los Angeles, nella quale il padre, ultrasessantenne ex docente universitario, decide di iniziare un percorso di transizione. Una serie, quest’ultima, realizzata con una consistente presenza di persone trans (circa ottanta) tra le maestranze, i consulenti, oltre che tra gli attori e le attrici. Si pensi poi ai fratelli – ora sorelle – Wachowski, noti/e registi/e, tra gli altri, dei film “Matrix” e “Cloud Atlas”: entrambe, Lana e Lilly, a distanza di pochi anni una dall’altra hanno fatto *coming out* come donne transgender. Si potrebbe poi citare il noto cantante della band Antony&The Johnsons, che d’ora in poi, ha annunciato, calcherà le scene facendosi chiamare (al femminile) Anohni. Ancora in ambito musicale, è del marzo di quest’anno la notizia, molto circolata sui *social media*, della prima band indiana composta da sei donne transgender (in India definite *hijras*), le 6 Pack Band.

Gli esempi riportati rappresentano una piccola parte delle notizie più popolari provenienti dall’universo trans, notizie portatrici di polemiche e rinnovate ondate di violenza transfobica, ma anche di occasioni di riflessioni e rivendicazioni su ampia scala. In ambito nazionale la situazione si presenta ugualmente ondivaga.

Le persone intervistate hanno dimostrato, nel loro insieme, quanto le esperienze di transito di genere siano legate agli immaginari e ai contesti circostanti. Ciascuna di loro, ad esempio, riporta all’interno della propria narrazione biografica – e dunque identitaria – l’impressione suscitata dalla scoperta dell’esistenza di personaggi pubblici nei quali potersi identificare o attraverso i quali poter finalmente immaginare un percorso di mutamento. Per alcuni è la presentatrice ed ex attrice Maurizia Paradiso, per altri Eva Robin’s o, a seconda dell’appartenenza anagrafica, Gabriele Belli, il primo ragazzo transessuale protagonista della trasmissione televisiva “Grande Fratello” (stagione 2009-2010): epifanie che hanno costituito

la prova di non unicità dell'esperienza di dis-identificazione dal genere assegnato alla nascita, fino a quel momento vissuta dagli intervistati in totale solitudine. Nel caso specifico la scoperta di Gabriele Belli – soprattutto per i ragazzi trans più giovani – viene raccontata come l'inizio di uno spazio di legittimità dell'esperienza del transito di genere verso il maschile, prima quasi completamente oscurata a livello pubblico e mediatico. Una realtà totalmente diversa è invece quella narrata dalle pioniere del movimento trans italiano, le quali fanno riferimento, per esempio, a Mario Mieli, leader e icona del movimento LGBTQI italiano negli anni Settanta o, ancor prima, a Romina Cecconi, detta “la Romanina”, la prima donna trans a rendere pubblico il suo percorso di cambio di sesso alla fine degli anni Sessanta, e per questo mandata al confino. Voci diverse che si ritrovano mescolate, per esempio, nelle quattordici interviste che il canale televisivo privato, Real Time, ha deciso di raccogliere in un programma intitolato “Vite Divergenti: storie di un altro genere”, andato in onda nell'inverno del 2015. Girata negli spazi del MIT, questa trasmissione è stata probabilmente la prima in Italia a dare voce alle dirette esperienze delle persone trans, chiedendo loro di raccontare le molte e spesso ignote sfumature di cui le vite in transito si compongono.

Ulteriori esempi della crescente espansione dell'attenzione sul tema delle “disobbedienze” di genere arrivano dalle pubblicazioni di testi (in larga parte citati in questo lavoro) e dalle produzioni artistiche e culturali prodotte in alcuni casi direttamente da soggetti transessuali, transgender o *gender variant*, ovvero da soggetti lontani o in allontanamento dalle (uniche) due accezioni della categoria di genere che le società occidentali contemporanee hanno tradizionalmente legittimato. Penso a “Il sogno e l'utopia”, messo in scena dalla presidente del MIT (Movimento Identità Transessuale) Porpora Marcasciano, a partire dal libro autobiografico *AntoloGaia*, ma anche al recente “MDLSX” della compagnia teatrale Motus, spettacolo di successo internazionale che, prendendo spunto dagli scritti di Judith Butler e Paul B. Preciado, mette in scena l'ambiguità e la performatività dei generi.

Lungo quello che sembra un binario parallelo – non sempre facilmente convergente – scorrono poi le incessanti azioni e battaglie politiche portate avanti da soggetti (associazioni, movimenti, singoli e istituzioni) impegnati nella rivendicazione dei molteplici diritti di cui le persone trans scontano ancora, sulla loro pelle, una quotidiana mancanza.

L'Italia continua a distinguersi per essere in cima alle classifiche europee a causa del numero di omicidi di persone trans: 33 tra il 2008 e il 2015. In testa a questa classifica, prima dell'Italia si trova solo la Turchia, con 41 persone trans uccise nello stesso periodo. Al terzo posto, con cifre nettamente inferiori, la Spagna (8). Come se non bastasse, ogni qual volta una persona trans (nella quasi totalità dei casi si tratta di donne trans) viene uccisa, si assiste ad

un'ulteriore, efferata violenza mediatica, perpetuata attraverso un linguaggio giornalistico sciatto e discriminatorio (per esempio, quello che utilizza il maschile – parlando di “*un trans*” – quando la vittima è, invece, una donna)<sup>2</sup>.

In generale l'Italia è – in un quadro europeo non rassicurante<sup>3</sup> – uno dei paesi dove le condizioni di vita per i soggetti trans sono tra le più complesse (e a rischio): oltre alle violenze quotidiane, riportate dalle persone trans stesse, esiste un'ampia discriminazione nell'accesso al mercato del lavoro (aggravata dalla lunghezza dei procedimenti per il cambio di nome sui documenti); significative sono poi le difficoltà che si presentano nella ricerca di servizi e strutture sanitarie competenti per chi intende accedere ad un percorso di transizione medica. Tutto questo mentre, negli ultimi tempi, non c'è grado e articolazione delle istituzioni educative e scolastiche che non sia stato investito dalle posizioni neo-fondamentaliste e reazionarie dei cosiddetti “no-gender”, autoproclamati difensori della “famiglia naturale” e dell'altrettanto supposta naturalità della differenza tra i (due soli ritenuti leciti) sessi: posizioni, queste, attraverso le quali si articolano e perpetuano visioni e pratiche fortemente omo-lesbo-transfobiche (oltre che razziste e xenofobe) interessate alla conservazione dell'eteronormatività e alla repressione di qualunque espressione ed esperienza di genere “altra”.

Come si osserva nei capitoli primo e quarto, alcuni segnali positivi sono arrivati in questi anni dall'iniziativa dei giudici, i quali letteralmente “a colpi di sentenze”, sono riusciti a disarticolare una legge – la n. 164 che dal 1982 regola la rettifica per il cambio anagrafico e di genere – che, negli anni, è stata oggetto di interpretazioni restrittive e coercitive nei confronti delle scelte di transizione di genere degli individui. Oggi dunque, soprattutto grazie all'ultima sentenza della Corte Costituzionale (n. 221/2015), è diventato possibile cambiare i propri documenti senza l'obbligo di incorrere in interventi chirurgici di sterilizzazione e mutilazione genitale. Tale passaggio non avviene tuttavia secondo un semplice principio di auto-nominazione e autodeterminazione dei soggetti interessati: al contrario, il cambio di genere resta un percorso blindato all'interno di precisi iter clinici e legali. Lungo questo percorso i soggetti intrattengono una negoziazione continua, con e contro le figure deputate al controllo della “buona riuscita” di ciascun singolo passaggio di quella che è stata definita “riattribuzione”, o “riassegnazione” di genere. Sono, questi ultimi, termini che sembrano dare

---

<sup>2</sup> Si veda per esempio l'ultimo omicidio, in ordine temporale, di una donna trans avvenuto a Napoli. Il quotidiano Messaggero titola: *Napoli, trans trovato morto con la gola tagliata: forse ucciso da un cliente dopo una lite* (Cfr. [http://www.ilmessaggero.it/primopiano/cronaca/transessuale\\_ucciso\\_napoli\\_gola\\_tagliata\\_fermo-1607864.html](http://www.ilmessaggero.it/primopiano/cronaca/transessuale_ucciso_napoli_gola_tagliata_fermo-1607864.html)). Per una panoramica generale delle parole chiave cfr. Appendice I.

<sup>3</sup> Cfr. Appendice 3.

per scontati da una parte un ordine di verità originario (eterosessuale) andato incontro ad una – inspiegabile – deviazione; e, dall'altra, l'autorità di figure istituzionali, auto-nominate responsabili di tale “restituzione”, in nome di un presupposto “interesse pubblico”<sup>4</sup>. Ancora oggi a rischio di discriminazione ed esclusione sono dunque le esperienze che si situano negli spazi interstiziali dei generi, ma anche oltre questi spazi, eccedendo la norma eterosessuale e il binarismo intorno al quale questa si struttura.

Ma cosa accade ai corpi che si posizionano in questo spazio? Cosa fanno i corpi in questo spazio? Spazio – come si è cercato di chiarire nel corso di questo lavoro – ma che è insieme uno spazio fisico di progettazione del sé, di ricerca di strategie di espressione di desideri di cambiamento che hanno ricadute concrete sui corpi.

Il desiderio di rispondere a questa domanda ha guidato il percorso della ricerca qui presentata. Per suo tramite questa, si è tentato di raccontare alcune delle molte possibili esperienze incorporate e ingenerate di chi sente il bisogno e/o il desiderio di intervenire sui propri tratti somatici per raggiungere un'estetica e un'identità quanto più possibile aderenti all'idea di sé. In altre parole, si è provato a costruire una cartografia delle tattiche e delle tecniche che le persone coinvolte in esperienze di modificazione di genere elaborano, in un doppio processo di negoziazione con i poteri deputati alla gestione della transizione e di riappropriazione di spazi di autodeterminazione.

Il lavoro presentato è costituito da due parti e sette capitoli. La prima parte ha carattere teorico, mentre la seconda si focalizza sui risultati del lavoro di campo. Nel primo capitolo la tesi prende le mosse dalla ricostruzione delle rivendicazioni di riconoscimento giuridico e sociale della condizione transessuale nel contesto storico-politico italiano. In particolare, l'indagine ha riguardato il percorso di approvazione della legge 164/1982 e l'applicazione e l'interpretazione che nel corso degli anni ha conosciuto. In questa cornice analitica trovano spazio anche i più recenti cambiamenti giuridici che hanno investito la norma per la rettifica di genere, insieme alle problematiche generali che la questione pone alla ricerca sociale. Nel secondo capitolo vengono delineate le cornici teoriche e gli interrogativi che caratterizzano la ricerca a partire dal nesso tra corporeità, salute, benessere e esercizio di cittadinanza delle persone trans. Qui, alla specificità dei *Transgender Studies* e agli innovativi approcci di ricerca ad essi riconducibili si sono uniti i percorsi teorici della sociologia del corpo, con

---

<sup>4</sup> Queste le esatte parole utilizzate dal Prefetto di Bologna per giustificare la decisione – avvenuta in un momento precedente la citata sentenza n. 221/2015 – di non accogliere la richiesta del cambio di nome avanzata da una delle persone intervistate per questa ricerca, che in quel momento non si era (ancora) sottoposta ad interventi chirurgici. Secondo il responsabile dell'ufficio delegato, l'“interesse pubblico” risiedeva nell'esigenza “di garantire la corrispondenza tra il prenome e il sesso di appartenenza”, essendo il primo “mezzo di identificazione dell'individuo nei rapporti sociali”.

particolare attenzione all'idea del corpo come "progetto". Fondamentale è stata poi la sociologia del corpo *gendered*, che ha offerto una lente determinante per mettere a fuoco le specifiche aporie generate dall'intensa bio-medicalizzazione della condizione trans.

La seconda parte della tesi si concentra sul lavoro di campo: il capitolo terzo è dedicato agli interrogativi iniziali che hanno guidato l'indagine empirica e alla metodologia seguita. A carattere qualitativo, l'indagine si è concretamente articolata in un lavoro di tipo etnografico all'interno dell'associazione MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna, oltre che nella raccolta di interviste semi-strutturate tra i suoi utenti (presenti o passati) e il personale medico di riferimento. Ventiquattro interviste sono state raccolte tra persone trans che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza di transizione ormonale e/o chirurgica; sei tra il personale medico (due psicoterapeute, un'endocrinologa-ginecologa, un urologo, un chirurgo estetico, una biologa). Particolare attenzione è stata prestata al trattamento dei dati personali degli intervistati, nella consapevolezza della delicatezza delle questioni trattate: per questa ragione, nonostante il rilascio di una liberatoria, si è scelto di rinominare i/le partecipanti alla ricerca, e di rendere anonime le interviste dei professionisti<sup>5</sup>.

Il capitolo quarto è dedicato specificamente all'associazione MIT, realtà storica del movimento trans nazionale, che dal 1994 gestisce in convenzione con la ASL locale un consultorio per la salute delle persone trans. Un caso unico nel suo genere (a livello europeo), rivelatosi fondamentale per l'analisi dei mutamenti sociali, culturali e politici intorno al cambiamento di sesso in Italia.

Nei capitoli quinto, sesto e settimo si entra nel vivo dell'analisi. Al loro interno sono definiti i principali nuclei tematici dedicati rispettivamente ai processi di dis-identificazione vissuti dalle persone intervistate nella fase di allontanamento dal genere assegnato alla nascita; alla loro reinvenzione corporea attraverso i trattamenti ormonali; infine, alla de/ricostruzione dei corpi attraverso le scelte chirurgiche. La suddivisione tematica è frutto di una necessaria logica di semplificazione, nella convinzione della precarietà e porosità dei confini della scansione proposta.

Il lavoro si conclude mettendo a fuoco le potenzialità e i limiti del MIT (associazione e consultorio), in quanto esperienza situata di produzione e costruzione del rapporto tra soggetti trans, controllo biopolitico dei corpi (attraverso la medicina e la giurisprudenza), forme di autodeterminazione e cittadinanza. In tal senso è emerso come proprio il benessere delle persone trans si configuri come punto di accesso essenziale per una riarticolazione della

---

<sup>5</sup> Cfr. all'Appendice 2 per una sintetica descrizione del gruppo degli intervistati.

categoria di cittadinanza *tout court*, a partire dalla conferma del crescente carattere pubblico e politico di scelte personali e intime, quali quelle di transito di genere.

**I PARTE**

---

**IL TEMA DELLA RICERCA**





## Capitolo primo

### Definizione del tema della ricerca

Are you a woman because you can bear your children?  
Because you bleed every month?  
Many women are born without this potential, and every woman  
ceases to possess that capability after menopause  
- do these women cease being women?  
Does a necessary hysterectomy equal a gender change?  
Are you a man because you can father children?  
What if your sperm count is too low?  
What if you were exposed to nuclear radiation  
and were rendered sterile?  
Are you then a woman?  
Are you a woman because your birth certificate says female?  
A man because your birth certificate says male?  
If so, how did *that* happened?  
A doctor looked down at your crotch at birth.  
A doctor decided, based on what was showing of your external  
genitals, that you would be one gender or another.  
You never had a say in that most irreversible of all  
pronouncements - and according to this culture as it stands today,  
you never *will* have a say.  
Kate Bornstein, *Gender Outlaw*

Obiettivo generale della ricerca è stata l'esplorazione, nel contesto della società italiana contemporanea, del rapporto che si articola tra le categorie di corpo, genere, autodeterminazione e cittadinanza all'interno dell'esperienza transessuale e transgender. In particolare, il lavoro si concentra sui processi di modificazione fisica intrapresi dai soggetti per avvicinare il proprio aspetto alla percezione ingenerata di sé, nella cornice dell'associazione e del consultorio MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna.

Punto di avvio della ricerca è la contraddizione rilevata tra il diritto individuale di poter modificare il proprio corpo in conformità al genere di sentita appartenenza – rappresentato in Italia dalla legge 164/1982 che regola la rettifica dell'attribuzione dei dati anagrafici e di sesso – e l'essere di questo stesso corpo uno spazio di salvaguardia, se non di rafforzamento, della logica binaria eterosessuale<sup>1</sup>. In tale contraddizione, ruolo centrale è

---

<sup>1</sup> Il binarismo eterosessuale riguarda l'assegnazione sessuale che si compie alla nascita (come conseguenza del possedere genitali codificati come maschili o femminili), il genere (l'organizzazione sociale che attribuisce a

giocato dai saperi medici che, insieme alla giurisprudenza, stabiliscono e gestiscono, tramite specifici protocolli, i tempi e i criteri di trasformazione corporea delle persone transessuali e transgender.

Il diritto all'autodeterminazione è inoltre condizionato da presupposti che ne rappresentano di per sé la negazione: l'accesso all'iter clinico e normativo di (de)/(ri)costruzione dei corpi trans è reso infatti possibile solo attraverso l'accettazione da parte dei soggetti della patologizzazione della propria condizione<sup>2</sup>.

Con il termine patologizzazione si fa in questa sede riferimento alla costruzione delle esperienze di coloro che vivono e/o esprimono un genere differente da quello assegnato alla nascita, insieme al desiderio di modificare il proprio corpo per avvicinarlo alla percezione ingenerata di sé come anormali e patologiche (cui di conseguenza vengono fatte corrispondere esperienze considerate normali e sane). Come dimostrano le ricostruzioni di molti studiosi di storia della sessualità (Pomata 1981; Laquer 1992; Fausto Sterling 2000; Preciado 2000), alla base del processo di patologizzazione delle esperienze trans si situa la matrice binaria eterosessuale, la cui autoconservazione dipende dalla capacità di "sanzionare" chiunque trasgredisca le norme di genere correnti.

Il "transessualismo"<sup>3</sup> viene inserito nel 1980 dall'American Psychiatric Association (APA), la più influente organizzazione di psichiatri a livello mondiale, nella terza edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) come *Gender Identity Disorder* (GID); nell'edizione successiva del 1994, il DSM-IV, scompare il termine "transessualismo" e il GID viene incluso nella categoria dei "Disturbi sessuali", con la sottocategoria dei "Disturbi dell'identità di genere". Infine, nel 2013, la più recente edizione del DSM (DSM-V) ha rinominato la patologia come "disforia di genere"<sup>4</sup>.

---

diverse tipologie di corpi – maschili o femminili – corrispondenti aspettative sociali attraverso la costruzione sociale e culturale di ruoli) e l'orientamento sessuale (il desiderio erotico provato verso il genere opposto a quello ascritto, e quindi eterosessuale).

<sup>2</sup> Lo stesso dibattito parlamentare che ha portato all'approvazione della legge 164/1982 pone al centro il carattere patologico dell'esperienza transessuale.

<sup>3</sup> L'origine della parola "transessuale" è un esempio dell'autorità che hanno i saperi medici sull'esperienza trans: essa viene coniata nel 1949 da un medico, David Cauldwell, che la inserisce in un articolo pubblicato sulla rivista *Sexuology* dal titolo *Psychopathia Transsexualis*, per esporre il caso di una ragazza che desiderava ossessivamente essere un ragazzo. La parola è divenuta poi di uso comune nel 1953 dopo la pubblicazione del lavoro dell'endocrinologo americano Harry Benjamin, *Transvestism and Transsexualism* sull'*International Journal of Sexuology*, ma soprattutto dopo la pubblicazione del libro *The Transsexual Phenomenon* (1966).

<sup>4</sup> Cfr <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Changes-from-DSM-IV-TR--to-DSM-5.pdf>. Tale modifica, che sembra andare nella direzione di una completa depatologizzazione del fenomeno transessuale, è al centro di un intenso dibattito nel contesto internazionale delle associazioni trans (cui partecipano anche le associazioni trans italiane). Queste ultime, nel 2009 hanno lanciato una campagna per la depatologizzazione dell'esperienza transessuale (<http://www.stp2012.info/old/it>). Un'efficace sintesi del dibattito italiano sull'argomento è presente nei testi di Arietti, Ballarin et al. (2010) e di Ballarin e Padovano (2014).

A questa supposta patologia è stata dunque fatta corrispondere una “cura”, che in Italia segue le linee guida indicate dall’ONIG (l’Osservatorio Nazionale Identità di Genere)<sup>5</sup>, il quale a sua volta osserva gli *Standard of Care* (SoC) promossi dal World Professional Association Transgender Health (WPATH)<sup>6</sup>.

Membro fondatore dell’ONIG è il MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna, il quale costituisce lo studio di caso scelto per la ricerca. L’associazione, impegnata nella difesa e nella promozione dei diritti delle persone transessuali, travestite e transgender, è nata come Movimento *Italiano* Transessuale nel 1982 dalle battaglie per la richiesta della legge per il cambio di sesso, e rappresenta tutt’oggi la sede storica e nazionale del movimento trans<sup>7</sup>. Negli spazi del MIT hanno sede, oltre all’associazione stessa, il Centro di Documentazione, lo sportello legale e il consultorio medico che dal 1994, in convenzione con l’Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Sant’Orsola-Malpighi, gestisce l’accesso per il percorso di riattribuzione di sesso in sinergia con i reparti di Urologia, Ostetricia e Chirurgia Plastica. È in particolare il progetto del consultorio che fa del MIT un caso unico nel suo genere, a livello nazionale ed europeo, di gestione di un consultorio pubblico per la salute, affidato ad un’associazione di persone trans.

Il prossimo paragrafo intende proporre una contestualizzazione e un’analisi storico-politica della legge 164/1982 riguardante le *Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*, al fine di conoscere le condizioni socio-politiche e culturali che hanno reso possibile la sua approvazione, insieme ai principali interventi a carattere giurisprudenziale che l’hanno riguardata. Successivamente sono state analizzate le ricadute della legge in termini di “messa a norma” dei corpi e delle esperienze transessuali e transgender, anche alla luce delle più recenti sentenze e discussioni che si sono sviluppate attorno alla condizione transessuale in Italia. Infine, si illustreranno sinteticamente gli ultimi sviluppi sul tema (giuridici e non) che la ricerca ha voluto interpretare come indicatori di un graduale processo di allineamento – legislativo e generale – rispetto al quadro europeo.

---

<sup>5</sup> Fondato nel 1998, ne sono parte professionisti e associazioni che si interessano ai temi del transgenderismo e del transessualismo. Per maggiori informazioni sull’ONIG si rimanda al sito web: <http://www.onig.it>.

<sup>6</sup> Un tempo denominata Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, dall’endocrinologo americano che ebbe un ruolo centrale nella diffusione del termine “transessuale” (Cfr. nota 3 di questo capitolo). La settima e ultima versione (2011) degli *Standard of Care* (SoC-7) del WPATH è consultabile all’indirizzo web: [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf). La traduzione italiana è scaricabile al link: <http://www.onig.it/drupal/?q=node/57>.

<sup>7</sup> All’esperienza del MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna è dedicato il quarto capitolo. Si veda invece oltre nel capitolo per un approfondimento della storia del Movimento *Italiano* Transessuale.

## 1. “Vogliamo essere definite donne”<sup>8</sup>. Dalla rivendicazione all’approvazione della legge 164/1982

Il 14 aprile 1982 il Parlamento italiano approva la legge 164: *Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*. Promulgata dal Presidente della Repubblica, Sandro Pertini, la 164/1982 diventa legge di Stato dopo sei mesi di discussione e meno di tre anni di mobilitazioni (Voli 2014). Da quel momento, con il suo impianto snello – composto di soli sette articoli – essa rende legale la procedura di “adeguamento” chirurgico dei caratteri sessuali e il relativo cambiamento anagrafico del nome. Pur suscitando l’insoddisfazione di una parte dei soggetti interessati, che vi lessero una soluzione di compromesso tra le diverse forze politiche dell’epoca (Partito Comunista, Partito Socialista e Democrazia Cristiana in particolar modo, ma anche dei Radicali che ne furono i principali sostenitori), la legge rappresentò l’importante risultato di una battaglia per i diritti civili<sup>9</sup>, nonché, “una svolta epocale nella storia del diritto e della morale del nostro Paese” (Arietti, Ballarin, et al. 2010, 23).

Il percorso di rivendicazione di una legge per il cambio di genere aveva preso il via sul finale del decennio Settanta, in un momento di forti tensioni politiche ed economiche per il Paese. La crisi del sistema partitico italiano – che, iniziata con la conclusione del compromesso storico, raggiungerà il suo apice negli anni Novanta – si palesa nel passaggio dalla fase di “solidarietà nazionale” (1976-1979), che aveva avuto come protagonisti la DC e il PCI, a quella del cosiddetto “pentapartito” (1979-1992).

Pur sviluppandosi e diventando visibile nei primi anni Ottanta, il movimento transessuale è l’ultimo in ordine cronologico a formarsi alla fine del decennio precedente, periodo – noto anche come “stagione dei movimenti” – nel quale affonda le sue radici più profonde. Con i movimenti di quella stagione (in particolare con i movimenti femministi e omosessuali) esso condivide alcune caratteristiche fondamentali: la disponibilità ad investire risorse personali nell’azione collettiva finalizzata alla rivendicazione dei propri diritti; lo “sdoganamento” di comportamenti sessuali più liberi e la contestazione della tradizionale divisione dei ruoli di genere; la capacità di trasformare i bisogni individuali in identità collettive (Della Porta e Diani 1997). Queste si esprimono per la prima volta, per il caso considerato, nell’estate del 1979, un momento che nella memoria collettiva e nelle ricostruzioni esistenti ritorna come snodo nell’avvio di soggettivazione politica collettiva

---

<sup>8</sup> Cfr *Sit-in dei transessuali a Roma*. “Vogliamo essere definite donne”, “La Stampa”, 11 marzo 1981.

<sup>9</sup> Insieme alla Germania (legge n. 1654/1980), l’Italia fu il primo paese in Europa a dotarsi di una legge per il cambio di sesso (sebbene tra le leggi dei due Paesi ci siano fondamentali differenze).

delle trans italiane<sup>10</sup>. In una piscina pubblica di Milano un gruppo di donne transessuali – non riconosciute come tali e ancor meno come donne – inscena una protesta, decidendo di indossare il bikini e restando a seni nudi. L’obiettivo dichiarato delle dimostranti è quello di dimostrare all’opinione pubblica, alle istituzioni, ma soprattutto allo Stato (che le considerava uomini a tutti gli effetti) la contraddittorietà della loro condizione anagrafica, nonché la loro reale appartenenza al genere sentito (Marcasciano 2006, 42). Questa semplice iniziativa, che si trasforma in clamorosa protesta, provoca la curiosità dei giornali nazionali e locali, dei telegiornali e radiogiornali, e ha il duplice merito di dare alla questione transessuale una dimensione nazionale, suscitando contemporaneamente in un ampio numero di transessuali la voglia di battersi per i propri diritti<sup>11</sup>. A partire da quel momento, infatti, in molte città italiane iniziano a fiorire gruppi di transessuali e, con loro, nuove azioni dimostrative<sup>12</sup> per rivendicare l’approvazione di una legge per il cambio di sesso e il cambio anagrafico del nome, in conformità al genere di sentita appartenenza. Tra le pieghe di questo nuovo ed inedito susseguirsi di mobilitazioni, nello stesso anno prende vita il MIT (Movimento *Italiano* Transessuale)<sup>13</sup>, la prima associazione impegnata nella difesa e nella promozione dei diritti delle persone trans<sup>14</sup>.

Con i movimenti degli anni Ottanta, il MIT condivide la natura degli obiettivi: pur non possedendo più “il carattere universalistico su cui era cresciuta l’azione collettiva nei decenni precedenti” (Tolomelli 2015, 223), il movimento transessuale non è per questo meno innovativo e rivoluzionario. Fin dalla sua nascita, si differenzia sia da dai precedenti

---

<sup>10</sup> Nella battaglia per l’approvazione della legge 164/1982 sono state presenti e visibili sulla scena pubblica esclusivamente donne trans. Negli stessi discorsi pubblici delle protagoniste, così come nella pubblicistica dell’epoca, la problematica del cambio di sesso (e di nome) viene affrontata quasi totalmente nella sua accezione al femminile. Il percorso di soggettivazione politica e di visibilità delle persone in transito verso il genere maschile ha seguito andamenti differenti, che solo intorno agli anni Novanta si è trasformato in un più evidente protagonismo politico. Tale differenza è da rintracciarsi in parte nella maggiore facilità delle persone FtM di “passare” per uomini, essendo così meno riconoscibili come persone trans (dal punto di vista estetico e politico) e vivendo di conseguenza storie di discriminazioni differenti rispetto alle persone in transito verso il genere femminile (Stryker 2008).

<sup>11</sup> Cfr. *Transessuali: approvata la legge 164/1982*, audio dell’intervento di Paola Astuni, conferenza stampa per l’approvazione della legge 164/1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/3021/3034-transessuali-approvata-la-legge-legge-n-164-1982>).

<sup>12</sup> Audio dell’intervento di Paola Astuni cit. e articolo: *Questo matrimonio non s’ha da fare: e i transessuali protestano*, “Annabella”, 6 novembre 1980 (articolo conservato nel Centro documentazione del MIT - Movimento Identità Transessuale - di Bologna, Fondo Romanina [d’ora in poi Fondo Romanina]).

<sup>13</sup> Documento di costituzione in associazione e Statuto del MIT, Fondo Romanina.

<sup>14</sup> Nel 1988 nasce invece il Movimento *Identità* Transessuale, ridenominazione con la quale viene sancita la definitiva presa di distanza dell’organizzazione bolognese con quella originaria che proprio in quegli anni si avvierà verso la conclusione della propria esperienza e nei confronti della quale si erano presentate nel corso degli anni differenze e divergenze. Dove non diversamente specificato, il presente lavoro fa riferimento al Movimento *Identità* Transessuale, che ha tutt’oggi sede a Bologna e che rappresenta il caso studio della ricerca. Tuttavia, questo primo capitolo, trattando le origini del movimento, fa prevalentemente riferimento al MIT come Movimento *Italiano* Transessuale, laddove non specificato diversamente.

movimenti – che avevano fatto del rifiuto di ogni forma di mediazione istituzionale una delle proprie principali caratteristiche (seppur con molte e importanti eccezioni) – così come dai seguenti prevalentemente estranei agli spazi tradizionali della politica, per la volontà di mettersi in relazione con soggetti politici istituzionali. Tra questi, in primo luogo il Partito Radicale. Porpora Marcasciano – militante nell'allora MIT (Movimento *Italiano* Transessuale) e dal 2010 presidentessa del MIT (Movimento *Identità* Transessuale) di Bologna – ricorda tuttavia che anche il PCI, e più in generale tutto il mondo politico della sinistra (più o meno radicale), aveva da subito mostrato disponibilità verso la battaglia delle transessuali:

Il MIT e tutto il movimento per la 164 senza il Partito radicale, senza Lotta continua<sup>15</sup>, senza tutti quegli ambienti di sinistra, non sarebbe andato da nessuna parte, perché si aveva bisogno di interlocutori. (Porpora)

È in particolare grazie alla complicità del F.U.O.R.I.! (Fronte Unitario Omosessuale Rivoluzionario Italiano), dal 1974 federato con i Radicali<sup>16</sup>, che nel febbraio 1980 il deputato radicale Franco De Cataldo diventa promotore ufficiale della proposta di legge per il cambio di sesso<sup>17</sup>. Da quel momento, si susseguono serrate le iniziative pubbliche del MIT, di cui i giornali riportano dettagliate cronache: manifestazioni nazionali (la prima si tiene il 30 ottobre 1980 in Piazza Montecitorio, al fine di sollecitare la discussione immediata della proposta di legge<sup>18</sup>), una trasferta al Parlamento Europeo insieme ai Radicali<sup>19</sup>, due congressi. Nel gennaio 1981, si tiene infatti il I Congresso del MIT<sup>20</sup>, cui partecipano i molti gruppi transessuali che in tutta Italia stanno nascendo (i principali a Milano, Firenze, Torino, Bologna, Genova e Roma)<sup>21</sup>. Anche questo importante appuntamento incontra l'appoggio

---

<sup>15</sup> Lotta continua, tra il 1969 e il 1976, è il gruppo della sinistra extraparlamentare italiana più influente e numeroso sulla scena politica.

<sup>16</sup> L'“Unità”, in data 9 gennaio 1980, scrivendo del congresso regionale del Partito Radicale riporta delle difficoltà di federare al partito le tradizionali associazioni di varia natura che lo spalleggiano (femministe, ecologisti, antinucleari, minoranze sessuali, obiettori di coscienza), eccezione fatta per il movimento delle transessuali che invece prende parte al congresso con una folta rappresentanza.

<sup>17</sup> Nonostante il Partito Radicale costituisca un costante riferimento istituzionale, tale rapporto non è privo di problematiche e conflittualità (si veda in particolare audio del II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982, <http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali> e copie telegrammi inviati dal MIT agli esponenti del PR, reperibili nel Fondo Romanina).

<sup>18</sup> *L'anagrafe non può considerarli donne e in duecento protestano alla Camera*, “La Stampa” 1° novembre 1980.

<sup>19</sup> Si ritrova notizia della presenza del MIT a Strasburgo insieme ai radicali ne “La Nazione”, 20 novembre 1980 e nel documento *Telefono amico del trans*, 2 dicembre 1980 (Fondo Romanina).

<sup>20</sup> “*Trans*” al congresso dei radicali toscani, “La Nazione”, 8 dicembre 1980.

<sup>21</sup> “Primo congresso nazionale del MIT (Movimento italiano transessuali), Milano 24-25 gennaio. ‘Transessuali, lesbiche, omosessuali, eterosessuali, tutti insieme per una società libertaria e non violenta’” (Fondo Romanina);

organizzativo e politico del PR, all'interno del quale il MIT raccoglie molti associati<sup>22</sup>. La maggiore vicinanza è tuttavia quella sentita nei confronti del F.U.O.R.I.!, col quale il MIT sente di rappresentare una minoranza “di emarginati e di diversi”, in lotta contro uno stesso comune nemico “che ci opprime continuamente”<sup>23</sup>. L'anno successivo, nel corso del II Congresso, questo nemico verrà nominato e indicato come “l'educazione maschilista e la morale comune”<sup>24</sup>. Afferma una delle leader del MIT di quegli anni, Paola Astuni:

“Il MIT colloca (...) la sua battaglia nel contesto di tutti i movimenti progressisti e di liberazione sociale e civile sentendosi particolarmente legato a quei gruppi, partiti e movimenti, che più hanno sviluppato le tematiche riguardanti la sessualità, e che per questo si trovano oggi più in sintonia con noi. Così il primo congresso del MIT rivolge il suo saluto più grato e un abbraccio fraterno ai compagni omosessuali del F.U.O.R.I.! che hanno tanto fatto prima di noi e poi al nostro fianco per affermare il diritto ad una libera sessualità”<sup>25</sup>.

Nel marzo del 1981, mentre il numero dichiarato degli iscritti al MIT è a quota duemila<sup>26</sup>, ha luogo la seconda manifestazione nazionale<sup>27</sup>, convocata con l'intento di incontrare il Ministro della Sanità, il socialista Aldo Aniasi, e il capogruppo PSI alla Camera, Silvano Labriola per avanzare la richiesta di una data precisa di discussione del progetto di legge promosso da De Cataldo. Una delegazione di donne transessuali viene ricevuta dal deputato radicale, ma, nonostante le rassicurazioni, a settembre, e ancora ad ottobre, le “nuove donne” tornano a Roma da tutta Italia per protestare e per sollecitare l'approvazione della legge<sup>28</sup>. Infine, nel novembre dello stesso anno, il MIT lancia un presidio davanti al Senato, con l'intento di restare fino ad approvazione avvenuta: i/le dimostranti vengono caricati dalla polizia, tre persone rimangono ferite e molte altre vengono trasferite in Questura<sup>29</sup>.

Il motivo del protrarsi della discussione parlamentare è imputabile agli emendamenti proposti in Senato dalla DC, contenenti una casistica dettagliata che i radicali avevano

---

*Sono 20 mila, belle, giovani, eleganti e solo per la legge rimangono uomini in Italia*, “La Stampa”, 25 gennaio 1981.

<sup>22</sup> Cfr. l'audio del II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>) e Fondo Romanina.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> Audio del II congresso del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).

<sup>25</sup> Intervento di Paola Astuni durante il II Congresso del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).

<sup>26</sup> Cfr. l'audio della trasmissione “TeleRoma”, del 9 marzo 1981: <http://www.radioradicale.it/scheda/1810/1823-il-movimento-italiano-transessuali> e i documenti: *Comunicato stampa del MIT* e manifesto di indizione manifestazione: *Per una nuova legge: 10 marzo manifestazione nazionale del MIT per il diritto al riconoscimento civile e anagrafico femminile e contro tutte le discriminazioni* (Fondo Romanina).

<sup>27</sup> *Sit-in dei transessuali a Roma. “Vogliamo essere definite donne”*, “La Stampa”, 11 marzo 1981. Si riferisce a questa manifestazione anche l'articolo: *I transessuali chiedono una legge che li riconosca*, “Paese Sera”, 11 marzo 1981 (Fondo Romanina). L'evento è ricordato anche da Porpora Marcasciano (2007, 194-196).

<sup>28</sup> *Sit-in delle nuove donne*, “La Stampa”, 2 ottobre 1981.

<sup>29</sup> *La polizia carica i transessuali davanti al Senato*, “La Stampa”, 12 novembre 1981.

volutamente ridotto al minimo al fine di evitare uno scontro sullo scivoloso terreno della morale, che avrebbe rischiato di protrarsi indefinitamente nel tempo<sup>30</sup>. A commento di quello che venne letto come ostruzionismo democristiano, il comunista Luciano Violante affermò: “Ogni volta che si parla di sesso, si tocca il potere”<sup>31</sup>. Nell’aprile 1982, la volontà condivisa di arrivare ad una rapida approvazione viene così commentata in Commissione giustizia da parte democristiana: “(...) stiamo approvando una legge sotto il peso di una certa pressione psicologica. Il gruppo della Democrazia Cristiana si è sempre rifiutato di arrivare a delle decisioni sotto spinte emotive, però, si è reso conto che il prolungare l’iter del provvedimento avrebbe creato situazioni di ingiustizia oltre a far sì che venisse ulteriormente aggravato il condizionamento psicologico per la pubblicità fatta dai mass-media”<sup>32</sup>.

A Milano, nel gennaio 1982, si svolge il II Congresso nazionale del MIT all’insegna dell’attesa. Sul palco, gli interventi del primo giorno di discussione sono, tra gli altri, di Francesco Rutelli (vice segretario del PR); Giglia Tedesco Tatò (senatrice PCI); Adele Faccio (PR); Angelo Pezzana (leader e fondatore del F.U.O.R.I.)<sup>33</sup>. Il congresso è l’occasione per ripercorrere le lotte dei tre anni trascorsi, ma anche per un confronto tra realtà politiche e di costruzione di prospettive future<sup>34</sup>. In quell’occasione Enzo Francone (F.U.O.R.I.) definisce il MIT il “movimento di punta delle lotte di liberazione sessuale”, poiché, afferma, “quello che smuovono le trans è il tabù più grosso, profondo recondito, più scomodo”<sup>35</sup>. Gli fa eco ancora Luciano Violante: “Il vostro è un diritto civile per l’identità sessuale. Questa battaglia non è soltanto per voi, ma per tutti, perché è come la battaglia del movimento delle donne, che non è stato solo per e delle donne, ma è servito a correggere rapporti di forza più complessivi”<sup>36</sup>.

Il 14 aprile 1982, la 164 diventa legge di Stato. Da subito essa si rivela più il simbolo di una vittoria politica – per il MIT stesso e per i radicali, che vedono approvata la prima

---

<sup>30</sup> Per lo stesso motivo, il giurista Bilotta ipotizza che l’omissione dal testo dei termini “transessuale” e “transessualismo” sia frutto della volontà del legislatore di rendere la legge accettabile a una parte dell’opinione pubblica e di non mettere in discussione palesemente la dualità dei sessi ammettendo l’esistenza di una terza possibilità di esperire i generi (Bilotta 2013).

<sup>31</sup> Intervento di Luciano Violante, audio del II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).

<sup>32</sup> Verbale Commissione IV Giustizia, VII legislatura, Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, seduta di giovedì 1° aprile 1982, consultabile al sito: <http://storia.camera.it/documenti#nav>.

<sup>33</sup> Audio del II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).

<sup>34</sup> Intervento di Pina Bonanno in apertura del II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).

<sup>35</sup> Intervento di Enzo Francone al II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).

<sup>36</sup> Intervento di Luciano Violante al II Congresso nazionale del MIT 9-10 gennaio 1982 (<http://www.radioradicale.it/scheda/2706/2719-ii-congresso-nazionale-del-movimento-italiano-transessuali>).



legge da loro proposta – che una risoluzione concreta e definitiva ai problemi vissuti dalle persone transessuali.

Le fonti consultate permettono di avanzare l'ipotesi che l'imprecisione della legge nel definire e articolare in modo puntuale i passaggi della transizione anagrafica e di genere sia stata in parte motivata da una strategia finalizzata ad una rapida approvazione della legge. Nella stessa discussione tenutasi in Commissione Giustizia il 1° aprile 1982, tutti gli interventi esprimono l'intenzione di arrivare nel minor tempo possibile alla positiva conclusione dell'iter<sup>37</sup> che infatti – per stessa ammissione di De Cataldo<sup>38</sup> – si distingue per la sua rapidità. In questa occasione nei legislatori si palesa inoltre la consapevolezza dei molti aspetti che la norma avrebbe lasciato irrisolti, con la speranza – espressa chiaramente dal deputato del MSI in Commissione Giustizia, che vota a favore della legge – che potesse essere la messa in pratica a collaudarne la validità<sup>39</sup>.

L'indeterminatezza della legge 164 sarà da subito foriera di non poche problematiche, come sottolinea Porpora Marcasciano:

La garanzia del cambiamento di sesso era sulla carta ma non era nei fatti. Non cambiò nulla: cambiò il fatto che era possibile farlo e in Italia qualcuno si improvvisò chirurgo cominciando i primi interventi, facevamo da cavia. E poi non c'erano standard di cura che si seguivano, il consenso informato: non c'era niente! (Porpora)

## 2. Da corpi “a-normali” a corpi “normati”

Grazie al supporto delle analisi prodotte nell'ambito dei *(Trans)Gender* e dei *Queer Studies*, e in quello più specificatamente giuridico e di sociologia del diritto, è intenzione di questo secondo paragrafo proporre una riflessione sui significati legati all'esperienza del cambio di genere in Italia in relazione ai contenuti della legge 164/1982. In particolare, l'attenzione si è concentrata sugli esiti che questa normazione ha avuto sui corpi e le esperienze di vita in generale delle persone transessuali e transgender. In altre parole, si proverà ad analizzare quale rapporto intercorre tra diritto, norma, normalizzazione e condotta dei corpi (Simone 2010, 65).

---

<sup>37</sup> Verbale Commissione IV Giustizia VII legislatura, Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, seduta di giovedì 1° aprile 1982, consultabile al sito: <http://storia.camera.it/documenti#nav>.

<sup>38</sup> Intervento di Franco De Cataldo, 11 novembre 1981 (<http://www.radioradicale.it/scheda/190821/transessuali-stefano-stanzani-sulliter-della-proposta-di-legge-de-cataldo-al-senato>).

<sup>39</sup> Verbale Commissione IV Giustizia VII legislatura, Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, seduta di giovedì 1° aprile 1982, consultabile al sito: <http://storia.camera.it/documenti#nav>.

In primo luogo, è necessario sottolineare come l'approssimazione con cui il testo di legge è stato redatto non abbia giocato a favore della libertà di scelta delle persone trans, confermando, al contrario, la centralità delle istituzioni medico-legali, intese come sistema di norme legate all'ambito clinico e giuridico con la funzione specifica di regolamentare e gestire l'esperienza di transito (Butler 1993).

Nello specifico caso italiano, la legge del 1982 stabilì che il cambio delle generalità anagrafiche e di genere dovesse passare attraverso autorizzazione del tribunale di residenza della persona interessata. Per arrivare a tale consenso, il giudice, “quando necessario”, avrebbe dovuto disporre l'acquisizione di una consulenza di esperti “intesa ad accertare le “condizioni psico-sessuali” del/la richiedente (art. 2, comma 4 legge 164/1982).

Se dunque, da una parte, i saperi medici hanno avuto un ruolo fondamentale nella definizione della patologizzazione dell'esperienza transessuale<sup>40</sup>, ponendosi allo stesso tempo come gestori unici della “cura”, dall'altra le procedure giuridiche ne hanno accresciuto l'autorità, facendo della diagnosi (e delle perizie) un passaggio fondamentale per il percorso di modificazione chirurgica del sesso e del nome anagrafico. L'iter di “riassegnazione” del genere si configura dunque come una serie di atti terapeutici il cui fine è “guarire” e “correggere” le anomalie incarnate nei corpi delle persone transessuali<sup>41</sup>, e di atti legislativi, rivolti a normare e normalizzare l'esperienza transessuale *tout court*<sup>42</sup>. In questi atti non solo non si ammette, ma si opera contro la possibilità che possano esistere modi di esperire i generi, i corpi, la sessualità, la genitorialità, “altri” rispetto al dualismo naturalizzato del femminile e del maschile (Damenò 2012; Simone 2010).

Dal punto di vista della norma eterosessuale, che costituisce anche un dispositivo regolatore dei ruoli tra i generi sul piano sociale, le persone transessuali e transgender incarnano sia dal punto di vista della condotta sia, soprattutto, degli attributi personali (Goffman 1963) la deviazione – patologizzata – alla norma stessa. Il doppio processo di patologizzazione e cura è sostenuto dal fatto che “la norma eterosessuale (...) si dà come natura, ma anche come cultura ed è solo sulla base di questa assunzione aprioristica da parte delle società, delle culture e dei loro codici che poi si producono degli ‘effetti di verità’ utili per regolamentare e disciplinare la sessualità” (Simone 2010, 75).

---

<sup>40</sup> Cfr. al secondo capitolo.

<sup>41</sup> A questo proposito, si rimanda ancora al secondo capitolo (paragrafo 1.1, dedicato al registro narrativo del “corpo sbagliato”).

<sup>42</sup> Non è secondario in questo senso che, ottenuta la diagnosi di disforia di genere, l'iter di transizione rientri nelle prestazioni gratuite del Servizio Sanitario Nazionale.

In tale iter, la centralità assegnata ai caratteri sessuali dal percorso di (de)/(ri)costruzione dei corpi transessuali si configura come una delle conseguenze della logica eteronormativa che iscrive il sesso, il genere (e l'orientamento sessuale) in un binarismo che fa corrispondere a un dato sesso biologico assegnato alla nascita (e quindi a dei genitali riconosciuti secondo una funzionalità ed un'estetica precisa) un determinato genere (cui corrisponde anche un "corretto" desiderio erotico nei confronti di persone di sesso/genere opposto). Conferma di quanto detto si ritrova già nel primo articolo della legge 164, il quale stabilisce che la modifica anagrafica del nome può avere luogo "a seguito di intervenute modificazioni dei caratteri sessuali". Queste ultime si qualificano dunque come prioritarie rispetto al diritto all'identità sessuale: nonostante l'esistenza stessa della legge ne faccia infatti supporre il riconoscimento e la volontà di tutela, tale diritto appare, fin dai primi passaggi della legge, contemporaneamente e contraddittoriamente sancito e anche messo al riparo da qualunque ambiguità rispetto al binarismo di genere.

Questo è particolarmente vero in riferimento all'art. 3, nel quale si prevede che "il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza". Come opportunamente invita a considerare la giurista Anna Lorenzetti in una recente rassegna critica della legge 164: tale "adeguamento" a chi deve risultare "necessario"? E con quale finalità?<sup>43</sup> Le risposte a questi quesiti non possono non tenere conto che nell'iter processuale previsto le parti coinvolte sono esclusivamente due: il soggetto interessato al cambio del proprio genere e lo Stato.

Lorenzetti evidenzia come, in una prima fase successiva all'emanazione, la discrezionalità espressa dalla legge verso la necessità dell'adeguamento dei caratteri sessuali abbia probabilmente inteso fare riferimento ai casi in cui gli interventi di modificazione di sesso fossero già stati effettuati al momento della richiesta di rettifica anagrafica<sup>44</sup>. Tuttavia, l'insistenza con cui tale obbligo è stata ribadito – dal 1982 fino al 2015 – ha fatto sì che il presupposto indispensabile per procedere con l'autorizzazione al cambio del nome e del genere sia stato proprio il trattamento medico-chirurgico, ovvero l'"adeguamento" dei caratteri sessuali<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> Anna Lorenzetti, *Perché è necessaria una riforma della legge n. 164/1982?*, intervento al convegno *TDoR 2014: Le prospettive di riforma della legge n. 164/1982 sul cambiamento di sesso*, Torino, 23 novembre 2014.

<sup>44</sup> Fino al 1982, essendo illegali in Italia, gli interventi di conversione chirurgica del sesso venivano effettuati in cliniche private estere (le sedi più note sono quelle di Casablanca in Marocco, a Londra e in Svizzera).

<sup>45</sup> Sul tema delle modificazioni chirurgiche di genere, e sui significati a questi associati, si tornerà nello specifico nel settimo capitolo. In termini concreti, per il percorso verso il femminile, veniva (e viene) richiesto l'intervento di vaginoplastica (ovvero la ricostruzione chirurgica di una neo-vagina, tramite un'operazione complessa che

Anche in questo caso, il legislatore ha lasciato ai giudici ampi margini di interpretazione su cosa si dovesse intendere con tale termine e a quali caratteristiche anatomiche dovessero corrispondere i “caratteri sessuali”: non si specificò infatti né in cosa dovesse consistere l’intervento medico (se, per esempio, potesse essere considerato sufficiente il solo trattamento ormonale e le modificazioni corporee da esso ottenute; oppure se tale terapia dovesse essere accompagnata da interventi chirurgici) né tanto meno se ad esserne interessati dovessero essere i caratteri sessuali cosiddetti primari (gli organi genitali) e/o secondari (voce, peluria, seno, e così via).

Per uscire dall’indeterminatezza, la giurisprudenza non considerò di interpellare i desideri e le esigenze dei soggetti interessati<sup>46</sup>. Al contrario, i giudici chiesero a medici e scienziati di definire “parametri certi e incontrovertibili” (Lorenzetti 2013a, 67) in base ai quali stabilire “livelli minimi” di appartenenza al maschile o al femminile, sulla cui base autorizzare (o meno) il cambio anagrafico del nome. Scrive ancora Lorenzetti (2013a, 68):

“Così, si è chiesto che dopo l’operazione risultassero ‘con sicurezza’ le caratteristiche fisiche e psichiche del diverso sesso e l’acquisizione dei caratteri sessuali primari del sesso da attribuire, senza pretendere la funzionalità dei nuovi organi e tenendo conto dei limiti in cui la conversione è tecnicamente possibile. Più realisticamente, sono state ritenute bastevoli modifiche dei caratteri sessuali esterni o la perdita dei caratteri anatomici principali del sesso originario, con l’acquisizione di una ‘sufficiente specificazione anatomica dell’altro sesso’”.

In altre parole, non si è permesso che gli spazi lasciati vuoti dalla legge potessero essere occupati dall’autodeterminazione dei singoli e dalla loro possibilità di esprimere – all’interno di quegli stessi spazi – identità, corporeità, sessualità eccedenti il binarismo di genere. Al contrario, i soggetti delegati alla loro “messa a norma” hanno inteso stabilire e definire categorie – quali la mascolinità e la femminilità – di cui i *Gender Studies* hanno proficuamente saputo svelare il carattere socialmente, storicamente e culturalmente prodotto

---

prevede, tra le altre cose, la castrazione), ma non altri interventi di femminilizzazione frequentemente affrontati dalle persone transessuali e transgender che si riconoscono in un genere femminile (quali per esempio la mastoplastica additiva, ovvero la ricostruzione chirurgo-estetica del seno). Nel transito verso il maschile, la tendenza dei giudici è stata di richiedere l’isterectomia (asportazione dell’utero) e la mastectomia (asportazione dei seni, con relativa ricostruzione di un petto maschile), ma non la falloplastica. L’asimmetria della giurisprudenza è la conseguenza di due fattori: da una parte la prevalenza quasi assoluta di persone MtF al momento dell’approvazione della legge (e anche per alcuni anni successivi) aveva omesso la possibilità che potesse esistere l’esperienza di transito verso il maschile; dall’altra, il fatto che l’intervento di falloplastica presentasse – e presenti tutt’oggi – problemi legati alla scarsa funzionalità e ai risultati estetici insoddisfacenti delle tecniche adottate.

<sup>46</sup> A questo proposito, si tenga conto di come la disforia di genere sia una “patologia” basata sull’autodiagnosi, ovvero sulla capacità e volontà del soggetto di riconoscersi e definirsi in quanto soggetto transessuale o transgender.

(Rubin 1975; Kessler e McKenna 1978; Piccone Stella e Saraceno 1996; Connel 2002; Leccardi 2016).

In questo sforzo definitorio, i caratteri sessuali (insieme alla psiche), e in particolare i genitali, sono stati posti al centro del processo di cambiamento di genere, in quanto “squisitamente legati ai *concetti* di genere, sesso e sessualità sia nella loro interpretazione sociale, sia in quella biologica” (Crocetti 2012, 286). Essendo il ruolo sociale ad essi assegnato quello di *marker* di genere, è stata data priorità all’estetica piuttosto che alla funzionalità (Kessler e McKenna 1978), in molti casi a scapito della salute del soggetto e del suo diritto al godimento di una sessualità piena e soddisfacente.

Tale fissazione costituisce il risultato di quel processo, iniziato nel XIX secolo, che Foucault (1976) ha descritto come l’incrocio tra il processo di moralizzazione della sessualità e la biomedicalizzazione del corpo. In altre parole, la costruzione della “normalità” del corpo, perseguita nel percorso di riassegnazione del genere così come previsto dalla giurisprudenza italiana, può essere definita come “l’insieme dei procedimenti chirurgici destinati a ridurre o sradicare ogni ambiguità sessuale”. Nella loro totalità, essi dimostrano assai bene quali sono “i modelli di costruzione del genere con i quali opera la tecnologia (etero)sessuale” (Preciado 2002, 97).

A sostegno di questa linea di intervento sembrano esprimersi alcune delle sentenze emesse immediatamente dopo l’approvazione della legge 164 (ma anche in tempi molto recenti), nelle quali viene esplicitamente richiesto che “risultino con sicurezza le caratteristiche fisiche e psichiche del diverso sesso”; che la rettifica venga autorizzata solo in presenza di modificazioni dei caratteri sessuali esterni, nei casi in cui il soggetto abbia “già perduto i caratteri anatomici principali del sesso originario”; che, infine, si sia acquisita “una sufficiente specificazione anatomica dell’altro sesso”<sup>47</sup>.

Due le questioni che emergono qui come fondamentali: la legge e le interpretazioni che di essa hanno fatto i tribunali nel corso degli anni, non ha considerato centrale la tutela della salute e dell’integrità psico-fisica dei soggetti (art. 32 della Costituzione). Gli interventi chirurgici – invasivi, irreversibili e rischiosi – sono così diventati passaggio obbligatorio nel percorso di modificazione di genere. Tuttavia, dal punto di vista delle operazioni chirurgiche, la situazione immediatamente successiva all’approvazione della legge 164/1982 nulla di diverso aveva rispetto al periodo precedente, se non il fatto – sicuramente non secondario – di

---

<sup>47</sup> Tribunale di Cagliari, sentenza 25 ottobre 1982; Tribunale di Milano, sentenza 2 novembre 1982; Tribunale di Roma, sentenza 3 dicembre 1982, in Dameno (2012, 20).

renderle legali<sup>48</sup>. Con l'aggravante che, diventando possibile operarsi in Italia, alcuni chirurghi – pur non avendo alcuna formazione e preparazione in merito – si resero disponibili ad effettuare privatamente tali interventi. Questi ultimi, nonostante le cifre elevate, nulla garantivano né in termini di sicurezza né di riuscita<sup>49</sup>.

Ulteriore elemento da sottolineare è la preoccupazione del legislatore – in questo caso invece ben esplicitata – di definire l'impossibilità procreativa attraverso la sterilizzazione: infatti la positiva conclusione del percorso di transizione è stata spesso legata alla definitiva perdita della capacità procreativa. In tale modo, le persone trans si sono trovate a lungo (e si trovano ancora in parte oggi) obbligate a scegliere tra il diritto di modificare il proprio corpo e il proprio legittimo diritto alla genitorialità biologica. In questa logica, si segnala anche l'art. 4, il quale sottrae un altro diritto alle persone transessuali, ovvero quello alla famiglia: la sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso provoca infatti l'immediato "scioglimento del matrimonio". Il rischio da sventare, in questo caso, è quello di trovarsi in presenza di un'unione tra persone dello stesso sesso, non prevista dalla legge italiana fino al maggio 2016<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Prima del 1982 chi voleva cambiare il proprio genere chirurgicamente doveva recarsi all'estero, presso cliniche private (Cfr. alla nota 44 di questo capitolo). Al rientro in Italia, tuttavia, i documenti continuavano ad attestare l'identità anagrafica di nascita, con il costante rischio di incorrere in multe e violenze da parte della polizia. Più in generale, l'infrazione spesso contestata a tutte/i le/i travestiti/e (cui corrispondeva relativa multa) era quella di mascheramento (art. 85 C.P.); in alternativa, esse/i venivano considerate/i "delinquenti abituali" (art. 1 C.P.) e, se ritenuti/e "potenzialmente pericolosi per la sicurezza pubblica o per l'ordine nazionale" (T.U. delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773), potevano incorrere nella misura del confino o della sorveglianza speciale (fa riferimento a queste misure il volantino: *Sono come te, perché mi emargini?*, firmato da MIT, F.U.O.R.I.! e PR, reperibile nel Fondo Romanina). In seguito, in base alle legge n. 1423 del dicembre 1956 sulle "Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la Sicurezza e per la Pubblica Morale", le persone transessuali rischiavano di essere colpite da diffide, misure di prevenzione, confino, sequestro dei documenti e della patente di guida (Cfr. il volantino *Per una nuova legge: 10 marzo manifestazione nazionale del MIT per il diritto al riconoscimento civile e anagrafico femminile e contro tutte le discriminazioni*, Fondo Romanina). A questo proposito si segnala un'iniziativa – precedente all'approvazione della legge 164/1982 – del "Collettivo Travestiti Radicali", un gruppo di travestiti che, stanchi "di essere perseguitati dalle cosiddette 'Forze dell'Ordine'", decide di stilare un *Manuale di autodifesa del travestito* (*Manuale di autodifesa del travestito*, a cura del Collettivo Travestiti Radicali, Fondo Romanina). Per uno sguardo sul periodo precedente la legge cfr. a Benadusi (2008); Marcasciano (2007 e 2015); Cecconi (1976).

<sup>49</sup> In merito ai vantaggi, gli svantaggi e le ambivalenze legate alla creazione di procedure e protocolli medici ed istituzionali si ritornerà nei capitoli sesto e settimo. Sulla problematica relativa alla qualità e della riuscita degli interventi chirurgici di riassegnazione di sesso si veda il capitolo settimo.

<sup>50</sup> Una recente sentenza della Corte di Cassazione (n. 8097 del 21 aprile 2015) ha per la prima volta messo fine all'imposizione dello scioglimento del vincolo coniugale quale conseguenza "automatica" della rettificazione di sesso, sancendo la permanenza del matrimonio fra due persone divenute dello stesso sesso fino all'introduzione di una legge sulle unioni civili da parte del Legislatore (cfr. <http://www.articolo29.it/2015/vittoria-delle-alessandre-donne-restano-sposate-sino-allentrata-in-vigore-legge-sulle-unioni-civili/> e *Genius. Rivista di Studi Giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere*, numero speciale dedicato a *Mutamento di sesso e divorzio imposto: il diritto all'identità di genere e al matrimonio* [2014, 1]).

Pur riconoscendo l'importanza storica della legge 164, due tra le principali protagoniste del movimento trans italiano, sottolineano le ambivalenze che fin dalle origini l'hanno contrassegnata:

Quella legge cosa rappresentava realmente? Se vogliamo estremizzare il discorso è stata una sorta di sanatoria (...). Il sistema ha bisogno che ognuno si definisca maschio o femmina, quindi si è fatta 'sta legge che spingeva le persone a definirsi, a intraprendere un percorso e a esplicitarlo. (Porpora)

La legge 164 voleva dire: cambiare sesso, cambiare i documenti, sposarsi. Perché questo era l'obiettivo. Chiaramente io appoggiavo, quando ci fu da andare sotto Montecitorio per esempio, dove prendemmo tante di quelle botte, tanto di quel freddo! Ci sono andata, anche se non mi riguardava. (Viola)

La questione sollevata dalle due donne riguarda l'esclusione operata dalla legge stessa ai danni di chi, come loro, non intendeva/poteva intraprendere una transizione di genere "completa". Il passaggio è problematizzato chiaramente da Roberta Dameno (2012, 23), quando afferma che la tutela dell'identità sessuale riguarda dunque

"solo il momento finale del processo di transizione e solo se questo momento finale assume caratteristiche di non ritorno. (...) La persona viene tutelata solo se ha acquisito un aspetto fisico ben determinato, solo se non è più in grado di procreare e solo se vive una condizione che le impedisce di tornare indietro, vale a dire di 'passare' nuovamente al sesso attribuito alla nascita".

Per le persone che, non volendo o non potendo affrontare o concludere nei modi prescritti dall'iter la propria modificazione di genere, non accettano di rientrare negli standard di genere tradizionali (ovvero di essere definitivamente o uomini o donne) la legge 164 impone un prezzo pari al rischio di esclusione dallo spazio pubblico. L'impossibilità di ottenere il cambio del nome anagrafico sui documenti contribuisce infatti a rinforzarne la discriminazione e aumenta il rischio di diventare "non persone" (Goffman 1963; Dal Lago 2004). Tale discriminazione può esprimersi come stigma sociale (definito per il caso specifico con il termine transfobia), e/o come esclusione dall'esercizio dei diritti di cittadinanza.

In conclusione, la legge 164 è caratterizzata da una profonda ambivalenza. Essa sintetizza radicali cambiamenti sociali e culturali intervenuti nel decennio precedente la sua approvazione (riconoscendo apparentemente il diritto di esperire il corpo e i generi oltre a quella maschile e femminile). In tal senso dunque rappresenta l'esito di una battaglia condotta in prima persona dai soggetti trans che, rivendicando il diritto a poter cambiare il proprio aspetto anatomico – e, in conformità con questo, il nome sui documenti d'identità – reclamavano anche un legittimo diritto di cittadinanza (negato dal vuoto legislativo esistente

fino al 1982, che di fatto si traduceva in una repressione poliziesca oltre che a una discriminazione a trecentosessanta gradi nella società).

La legge 164 costituisce non solo la prima legge rivolta alla tutela dei diritti delle persone lgbtqi in Italia<sup>51</sup>, ma probabilmente anche l'ultimo risultato di un confronto aspro ma virtuoso tra movimenti e istituzioni sviluppatosi negli anni Settanta<sup>52</sup>. È possibile infatti affermare che il movimento transessuale e le sue rivendicazioni traggono beneficio, per quanto riguarda l'ascolto ricevuto dalla politica istituzionale, dei profondi e radicali cambiamenti imposti alla società e alla mentalità collettiva dai movimenti che li avevano preceduti, soprattutto quelli femministi. Questi ultimi in modo particolare avevano fatto dell'autodeterminazione, della messa in discussione dei tradizionali ruoli di genere e del diritto a decidere liberamente sui corpi e sulla sessualità i propri principali terreni di rivendicazione (poi ribaditi e risignificati anche dai movimenti gay, lesbici e del Settantesimo). Tuttavia, nonostante la portata innovatrice e rivoluzionaria di tali movimenti – e di quello transessuale in primo luogo – ciò che, nel finale di partita, non è stato rimesso in discussione è stata proprio la logica binaria eterosessuale che, come si è visto, caratterizza fortemente la legge per il cambio di genere in Italia (come conseguenza del fatto che sulla stessa logica si struttura tanto la patologizzazione quanto la cittadinanza). La mancata revisione di uno dei pilastri dell'ordine sociale dominante – che il movimento transessuale e la battaglia per la 164 avrebbero concretamente potuto ridiscutere – va ricondotto a ciò che Tolomelli interpreta come una sperimentazione troppo circoscritta e non duratura da parte dei movimenti politici e sociali nati dal Sessantotto (rispetto ad altri paesi, per esempio la Germania)<sup>53</sup> di pratiche sociali e comportamentali, forme di convivenza, educazione ed espressione di sessualità non tradizionali (Tolomelli 2015, 223).

Nonostante quanto detto, appare evidente come la legge sia frutto anche di processi di negoziazione tra i soggetti interessati e le forze partitiche che se ne fecero promotrici sul piano istituzionale (il Partito Radicale e il Partito Comunista in particolare), nonché espressione e veicolo di una concezione della sessualità fortemente binaria ed eteronormativa.

Così, nella cornice politica e sociale all'interno della quale è concepita ed emanata, la legge 164/1982 appare un “meccanismo compensatorio” (Goffman 1963), che reagisce alla

---

<sup>51</sup> La 164/1982 è stata la prima e unica legge rivolta alle persone lgbtqi fino al maggio 2016, in cui è la legge sulle unioni civili è diventata legge di Stato.

<sup>52</sup> L'inizio di tale periodo può essere fissato in un insieme di misure legislative che andarono dallo Statuto dei Lavoratori fino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978), passando dall'istituzione delle regioni, del divorzio, dell'obiezione di coscienza, dalla riforma del diritto di famiglia, dalla regolamentazione dell'aborto (Tolomelli 2015, 223).

<sup>53</sup> Non a caso, la legge tedesca (legge n.1654/1980) ha da subito previsto la possibilità di una cosiddetta “piccola soluzione”, ovvero l'autorizzazione al cambio del nome anagrafico anche in assenza di interventi chirurgici.



violazione della norma eterosessuale dominante – risultato di ordini discorsivi e dispositivi culturali responsabili della codifica dei generi e della loro naturalizzazione – incarnata dalle stesse persone trans che la legge si prefigge di “mettere a norma”. Essa sembra arrivare come risposta alla preoccupazione del legislatore di intervenire, tramite saperi specifici quali la medicina e il diritto, per “adeguare” quanto considerato eccentrico dal punto di vista anatomico e della sessualità. Solo in tal modo, si è dunque reso possibile il re-ingresso nella cittadinanza di “autentici/che” e “sani/e” uomini e donne.

Tuttavia, è vero anche che “il genere è un concetto generatore di confini e norme (a livello simbolico, sociale, materiale), ma contemporaneamente include in sé le potenzialità per trasgredirli e configurare scenari plurali” (Bellè, Poggio e Selmi 2012, 4). In particolare, gli scenari che l’esperienza dell’ambiguità di genere ha storicamente saputo tracciare si sono incarnati in una molteplicità e varietà di pratiche, discorsi, esperienze, che hanno dimostrato la capacità tanto di confermare, rafforzare, aderire, quanto di eccedere, forzare e sovvertire le norme e i confini *gendered* di volta in volta tracciati, in un continuo oscillare tra sfera privata e pubblica, sfera intima e collettiva, dimensione micro e macro. A partire da questa considerazione, il lavoro ha dunque inteso anche approfondire le possibilità contenute nell’aspetto corporeo delle persone trans in termini di svolta culturale, politica e legale rispetto alle modalità con cui i corpi si relazionano (o, in alcuni casi, si oppongono) alle norme (Hines 2009).

### **3. Sviluppi recenti e problematiche aperte. Il corpo (quasi) al centro della giurisprudenza**

Dal momento in cui, circa tre anni fa, questo lavoro ha preso il via, alcuni importanti cambiamenti hanno investito la “questione trans” (in Italia, ma non solo), informando le riflessioni che la ricerca ha inteso sviluppare. Alcune recenti sentenze (Tribunale di Genova 2015; Tribunali di Roma, Catanzaro, Vercelli e Messina 2014; Corte d’Appello di Napoli e Tribunali di Rovereto e Taranto 2013) e un’ordinanza del Tribunale di Trento (2014), hanno infatti deliberato che la riattribuzione del genere anagrafico potesse avere luogo senza l’imposizione di interventi di sterilizzazione chirurgica, in quanto giudicati lesivi del diritto alla salute degli stessi richiedenti<sup>54</sup>. In tutti i casi citati le motivazioni fornite dai giudici hanno

---

<sup>54</sup> Si segnala a questo proposito come tali sentenze siano in linea con i *Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity*, un documento stilato nel 2006 da una Commissione internazionale di giuristi ed esperti di diritti umani, presentato al Consiglio ONU per i Diritti Umani nel 2007 e richiamato dal Consiglio d’Europa nel documento *Diritti umani e identità di*

considerato primario l'equilibrio e la salute psico-fisica del soggetto, riconosciuti come diritti inviolabili della persona. Si è aggiunta a queste un'ulteriore e importante notizia riguardante il pronunciamento del giudice di Messina (febbraio 2015), il quale si è espresso a favore del cambio di genere sui documenti di una ragazza trans non intenzionata a sottoporsi a intervento chirurgico. Novità in questo caso è stata la priorità riconosciuta al principio dell'identità sociale fondata sulla identità di genere sentita (che può quindi non essere necessariamente legata al sesso assegnato alla nascita)<sup>55</sup>.

Svolta definitiva è però giunta il 5 novembre 2015, quando la Corte Costituzionale ha stabilito che la legge non impone alcun intervento chirurgico quale presupposto per la rettificazione anagrafica (sentenza n. 221/2015). La Corte di Cassazione, peraltro, con una di poco precedente decisione (sentenza n. 15138 del 20 luglio 2015) aveva già aperto la strada percorsa dalla Consulta, la quale ha così ripensato la normativa del 1982 come “l'approdo di un'evoluzione culturale ed ordinamentale volta al riconoscimento del diritto all'identità di genere quale elemento costitutivo del diritto all'identità personale, rientrando a pieno titolo nell'ambito dei diritti fondamentali della persona (art. 2 Cost. e art. 8 della CEDU)”. Ponendo al centro i diritti della persona, per i giudici costituzionali la legislazione vigente non intende dunque imporre coattamente un intervento di sterilizzazione, ma stabilisce che il trattamento chirurgico è solo *una delle* “possibili tecniche per realizzare l'adeguamento dei caratteri sessuali”, da affidare alla libera scelta della persona in transizione. Per la Corte “l'esclusione del carattere necessario dell'intervento chirurgico ai fini della rettificazione anagrafica appare il corollario di un'impostazione che – in coerenza con supremi valori costituzionali – rimette al singolo la scelta delle modalità attraverso le quali realizzare, con l'assistenza del medico e di altri specialisti, il proprio percorso di transizione” (sentenza n. 221/2015). Fare ricorso alla modificazione chirurgica dei caratteri sessuali è quindi autorizzabile solo “laddove lo stesso sia volto a consentire alla persona di raggiungere uno

---

*genere* (2009). Nei Principi di Yogyakarta si sottolinea che: “Each person's self-defined sexual orientation and gender identity is integral to their personality and is one of the most basic aspects of self-determination, dignity and freedom. No one shall be forced to undergo medical procedures, including sex reassignment surgery, sterilisation or hormonal therapy, as a requirement for legal recognition of their gender identity” (Cfr. International Commission of Jurists [2007], *Yogyakarta principles: principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*, March 2007, [www.unhcr.org/refworld/docid/48244e602.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/48244e602.html)). Inoltre, nel 2013 l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa ha approvato la risoluzione n. 1945, con la quale richiama i paesi membri a rivedere le proprie leggi, in conformità al divieto di sterilizzazioni forzate (che segue la 1728 del 2010). Una panoramica sulle sentenze citate e altre precedenti sono disponibili al sito: <http://www.articolo29.it/bibliografia-identita-di-genere/transessuali/autorizzazione-alla-rettificazione-anagraficatrattamenti-medico-chirurgici-necessarimerito/> e <http://www.articolo29.it/2015/tribuale-genova-sterilizzazione-coatta-delle-transessuali/>.

<sup>55</sup> Il testo dell'ultima sentenza sopra citata è reperibile sul sito: <http://www.intersexioni.it/una-nuova-sentenza-di-riattribuzione-di-sesso-senza-intervento-di-rsc/>, mentre il testo dell'ordinanza n. 228 del Tribunale di Trento è scaricabile on-line al sito [www.certidiritti.com](http://www.certidiritti.com).

stabile equilibrio psicofisico, in particolare in quei casi nei quali la divergenza tra il sesso anatomico e la psicosessualità sia tale da determinare un atteggiamento conflittuale e di rifiuto della propria morfologia anatomica” (sentenza n. 221/2015). Seguendo le indicazioni del Parlamento europeo<sup>56</sup> la Consulta ha così messo la parola fine alla sterilizzazione coatta delle persone trans, ponendo (in teoria) al centro del sistema, la persona, la sua autonomia, il suo “pieno benessere psichico e fisico”<sup>57</sup>.

Sulla base della sintetica rassegna giuridica effettuata, è possibile affermare che la legge 164/1982 abbia subito un processo di svuotamento e mutamento “dall’interno” (tramite cioè sentenze che ne sanciscono l’inadeguatezza, piuttosto che attraverso abrogazioni e modifiche dirette per mezzo di consultazioni referendarie o da parte del Parlamento)<sup>58</sup>.

Si inseriscono in tale processo di mutamento due ulteriori iniziative, sorte proprio dal contesto del movimento trans italiano (e sulle quali ci si soffermerà più diffusamente nel corso del lavoro): nell’aprile del 2013 è stato presentato in Parlamento (e attese di essere discusso) il DDL 405 – scritto e sostenuto da un cartello di circa trenta associazioni lgbtqi italiane – che punta a sostituire il percorso giuridico così come previsto dalla legge 164/1982 con un più semplice procedimento amministrativo (per il quale gli interventi chirurgici non sono considerati necessari se non desiderati dalla persona interessata)<sup>59</sup>.

In attesa dell’eventuale approvazione del DDL 405, il MIT ha dato il via alla campagna nazionale “Un altro genere è possibile”. Elaborata nell’aprile 2014 e diventata pubblica nel dicembre 2014, il suo obiettivo è stato quello di sottolineare la necessità di una modifica della legge 164 invitando le persone trans a presentare richiesta di rettifica dei documenti presso i Tribunali di residenza in assenza (o in attesa) di interventi chirurgici di riassegnazione. Un’iniziativa, questa, che riconosce pubblicamente l’esistenza di sensibilità differenti all’interno dell’esperienza transessuale e transgender in Italia nei confronti del

---

<sup>56</sup> Cfr. nota 54 di questo capitolo.

<sup>57</sup> Il testo della sentenza e relativo articolo è disponibile ai siti web: <http://www.articolo29.it/2015/la-consulta-mette-la-parola-fine-alla-sterilizzazione-coatta-delle-persone-transessuali/#more-11000> e <http://www.articolo29.it/corte-costituzionale-sentenza-n-221-del-5-novembre-2015/>. Si tornerà sulla sentenza citata nel corso del lavoro, per approfondirne novità e contraddizioni.

<sup>58</sup> In modo analogo, processi di questo tipo hanno recentemente coinvolto la legge 40/2004 (*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*), al cui interno altrettanto forte si presentava la tensione tra corpi, cittadinanza *gendered*, autodeterminazione e biotecnologie.

<sup>59</sup> Per tutte le informazioni sul DDL 405, che reca il nome del Senatore proponente del PD Sergio Lo Giudice, si vedano i siti: <http://disegnodilegge405.blogspot.it/> e <http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/Ddliter/40335.htm>.

percorso chirurgico, muovendosi contemporaneamente alla ricerca di un riconoscimento giuridico di tali differenze<sup>60</sup>.

Tali iniziative si inseriscono all'interno di una cornice giuridica europea sempre più orientata alla tutela dei diritti delle persone transessuali. Nel marzo 2015 la Corte europea dei diritti umani (CEDU) ha stabilito l'illegittimità del rifiuto ad autorizzare le modifiche di sesso sulla base dell'incapacità del richiedente a procreare. La decisione, assunta all'unanimità, si basa sul riconoscimento della violazione della libertà della persona di scegliere il proprio genere, considerata dalla Corte come una parte essenziale del diritto di ciascuno all'autodeterminazione<sup>61</sup>. Essa fa inoltre riferimento alla risoluzione n. 1728 del 2010 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa che ha richiesto agli Stati membri di introdurre normative apposite sul cambiamento di sesso anagrafico, tali da non imporre il ricorso al trattamento medico o l'operazione chirurgica.

Il diritto all'identità di genere svincolato da trattamenti medici forzati è infatti oggetto di una significativa giurisprudenza della Corte Europea per i Diritti Umani, che riconosce in questo diritto la chiave per l'accesso ad un pieno e degno esercizio di cittadinanza per le persone transessuali e transgender, nonché un importante fattore di contrasto alle discriminazioni. Tuttavia, nonostante i ripetuti inviti in questo senso, non tutti i paesi in Europa assicurano attualmente tale diritto e molti di questi subordinano ancora il riconoscimento legale agli interventi di sterilizzazione e alla diagnosi medica: l'esistenza delle persone trans di fatto non è riconosciuta da circa un quarto degli stati membri dell'Unione Europea e, laddove ciò accade, non di rado le misure esistenti risultano prive delle garanzie necessarie<sup>62</sup>.

La mancanza di procedure di facile e rapido accesso al riconoscimento legale di genere (e prima ancora per l'autodeterminazione dei propri progetti di cambiamento corporeo) costituisce un elemento di forte marginalizzazione ed esclusione sociale per le persone trans,

---

<sup>60</sup> Ulteriori informazioni al sito: <http://www.mit-italia.it/>. Nel corso del lavoro si tornerà su questa iniziativa nata all'interno del caso di studio scelto (Cfr. al quarto capitolo).

<sup>61</sup> La notizia è disponibile all'indirizzo: <http://www.articolo29.it/2015/strasburgo-illegittimo-negare-mutamento-sesso-previa-sterilizzazione/> e la sentenza scaricabile al link: [www.articolo29.it/wp-content/uploads/2015/03/AFFAIRE-Y.Y.-c.-TURQUIE.pdf](http://www.articolo29.it/wp-content/uploads/2015/03/AFFAIRE-Y.Y.-c.-TURQUIE.pdf)

<sup>62</sup> Attualmente, i paesi europei che non richiedono una diagnosi al fine del cambio dei documenti sono la Danimarca (2014); Malta (2015); (Irlanda 2015). Mentre, grazie ad interventi dei giudici analoghi a quelli italiani, non richiedono interventi forzati di riconversione chirurgica la Svezia (2012); la Germania (2011); Austria (2009). Leggi specifiche per il cambio di nome sui documenti senza l'obbligo di interventi chirurgici sono state approvate in Gran Bretagna (2004); Spagna (2007); Portogallo (2011). In Norvegia è in discussione l'approvazione di una legge che riconosca tale diritto. La situazione è in continua evoluzione. Un utile prospetto del quadro europeo per i diritti delle persone trans (aggiornato al 2016) è stato redatto dall'associazione Transgender Europe (cfr. al link: <http://tgeu.org/trans-rights-europe-map-2016/>) ed è riportato in Appendice 3.

gravido di ricadute anche in termini discriminazione (transfobia), salute, qualità della vita e, più in generale, di cittadinanza.

Di fatto, le persone trans sono l'unico gruppo soggetto alla sterilizzazione forzata legalizzata da parte degli stati. Inoltre, come è già stato osservato, anche l'obbligatorietà al conseguimento di una diagnosi di disforia di genere, a trattamenti medico-chirurgici invasivi, a terapie psicologiche, a *real life test* (l'esame che richiede di vivere per un periodo di tempo stabilito nel genere di sentita appartenenza), al divorzio forzato una volta concluso il percorso di riassegnazione anagrafica del genere costituiscono, secondo la Corte Europea, gravi violazioni della dignità della persona, dell'integrità fisica, del diritto ad avere una famiglia e a non sottoporsi a trattamenti medici non desiderati (FRA 2014).

In sostanza, è possibile affermare che la posizione dell'Italia, nonostante l'esistenza di una legge che permette l'accesso al cambio di sesso, non è conforme al diritto europeo (ricevendo, dagli organi preposti, ripetute ammonizioni). Come rilevato dall'ultimo rapporto dell'International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) infatti, l'Italia si conferma in fondo a tutte le classifiche europee in tema di atti di intimidazione, bullismo e intolleranza verso le persone lgbtqi: su quarantanove paesi l'Italia si trova al trentaduesimo posto sia rispetto alla categoria "Hatecrime and hatespeech" sia "Legal Gender Recognition and Bodily Integrity" (ILGA-Europe 2015)<sup>63</sup>. Dati che confermano l'urgenza di arrivare – oltre che al riconoscimento del reato di omo-lesbo-transfobia – ad una legislazione specifica basata sull'autodeterminazione. Questa è stata conquistata da ultimo in Irlanda nel 2015 – dopo l'Argentina, la Danimarca, Malta e la Colombia – dove il *Gender Recognition Act* ha rimosso tutti i criteri medici dal processo di riconoscimento giuridico, ovvero ogni obbligo per gli interventi medici o per le diagnosi di disturbo mentale, permettendo alle persone trans di età superiore ai diciotto anni di auto-dichiarare il proprio genere semplicemente mediante un atto notarile.

### **3.1 Uno, nessuno, centomila, o...?**

Il presente capitolo intende concludersi con la segnalazione di una specifica problematica relativa agli studi sulla questione trans in ambito italiano: mi riferisco all'assenza, in Italia, di analisi demografiche e statistiche riguardanti la popolazione transessuale e transgender sul

---

<sup>63</sup> Per dati aggiornati e comparati sulla condizione trans di 190 paesi in tutto il mondo si veda anche il sito del TGEU <http://transrespect.org/en/>, nella sezione "Trans respect versus Transphobia".

territorio nazionale. Tale lacuna riflette una problematica che ha dimensione europea, come riporta ancora l'analisi comparativa svolta dalla FRA (2014) sulla condizione transessuale. "How many people are trans?", si chiede infatti la rilevazione. La risposta fornita dagli autori è priva di indugi, ma anche chiarificatrice rispetto alle ragioni di tale mancanza:

"The exact proportion of trans persons in the total population of a certain state or region is not known. States do not register trans persons, nor does every trans persons pursue an (open) medical and/or legal path that leaves a record. So far, crude estimates of the proportion of the trans population have relied on indirect methods, such as clinical reports. The latter describe research results of patients undergoing certain medical procedures, such as hormonal treatment or surgery, but they necessarily underestimate the overall prevalence of trans people, since not all pursue medical treatment. Even when medical treatment is desired, other obstacles might hinder trans people from taking action. These may stem from fears related to employment (losing a job), family life (losing a partner, contact with children or rejection by parents) or other people's opinions and reactions. Studies of the general population that measure feelings of gender identity offer a more accurate idea of the proportion of trans people. Such studies are rare, but scientific work has investigated how such question(s) could be formulated to be integrated in large scale population studies. Recent studies in the Netherlands and Belgium measured feelings of ambivalent gender identity (equal identification with the other sex as with the sex assigned at birth) and incongruent gender identity (stronger identification with the other sex than with the sex assigned at birth) among the general population. Results of these studies show that between 2.2 % and 4.6 % of natal men, and 1.9 % and 3.2 % of natal women reported an ambivalent gender identity. Between 0.7 % and 1.1 % of natal men and 0.6 % and 0.8 % of natal women reported an incongruent gender identity. These findings indicate that the phenomenon of gender nonconforming feelings is much more widespread than often thought" (FRA 2014, 15).

Un'indagine del 2015 condotta sul tema delle discriminazioni sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere, ha ipotizzato che siano circa 5 milioni le persone trans che vivono in Europa (Eurbarometer 2015). Considerazioni epidemiologiche sul tema sono state espresse anche dalla World Professional Association Transgender Health (WPATH), nella settima e ultima versione degli *Standard of Care* (SoC-7, 2012 trad. it.):

"Non sono mai stati fatti studi epidemiologici sull'incidenza e sulla prevalenza del transessualismo specifico o sulle identità transgender o di genere non-conforme in generale; gli sforzi per ottenere stime realistiche incontrano enormi difficoltà (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Per varie ragioni, i ricercatori che ne hanno studiato l'incidenza e la prevalenza, si sono concentrati su quei sottogruppi di individui di genere non-conforme più facili da individuare, ossia persone transessuali affette da disforia di genere che si rivolgono a cliniche specializzate per le terapie collegate alla transizione di genere (Zucker & Lawrence, 2009). La maggior parte degli studi si è svolta in nazioni europee come Svezia (Wålinder, 1968, 1971), Regno Unito (Hoenig & Kenna, 1974), Paesi Bassi (Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996), Germania (Weitze & Osburg, 1996), e Belgio (De Cuypere et al, 2007). Uno di questi studi fu anche fatto a Singapore (Tsoi, 1988). Il confronto diretto tra i vari studi è impossibile, poiché ciascuno adotta dei diversi metodi di raccolta dati e di criteri per definire una persona come transessuale (ad es. se una persona abbia fatto o no l'intervento di ricostruzione dei genitali, oppure abbia iniziato la terapia ormonale, oppure se sia stato alla clinica preposta per chiedere i servizi disponibili per la transizione). I numeri tratti da studi come questi devono essere considerati, nella migliore delle ipotesi, delle stime di minima. Le cifre pubblicate derivano principalmente da quelle cliniche dove i pazienti rientrano nella categoria della disforia di genere severa e hanno accesso al supporto sanitario di tali cliniche. Queste stime non tengono in considerazione che le cure offerte in una certa struttura potrebbero non essere viste

come accessibili, utili, o accettabili da tutti coloro che si auto-identificano come affetti da disforia di genere. Se si considerano soltanto quelle persone che si presentano in clinica per un determinato trattamento, viene trascurato un numero imprecisato di altre persone affette da questa disforia. In ogni caso i dati esistenti sono da considerarsi un punto di partenza ed il Servizio Sanitario trarrebbe beneficio da uno studio epidemiologico più rigoroso, in località più estese su tutto il territorio mondiale” (WPATH 2012, 6-7).

Tra gli esigui studi condotti e sopra citati, se ne segnala un ulteriore nel 2011 dell’Università di Ulm (Germania), in collaborazione con il Ministero della Salute tedesco, svolto con l’obiettivo di raccogliere dati relativi al numero di interventi di riassegnazione chirurgica di sesso svolti tra il 2006-2008: di fronte alla scarsità e disomogeneità delle informazioni raccolte, gli autori hanno deciso però di concludere l’indagine, poiché, si legge: “The resulting prevalence, lower than in other countries, suggests that the data is not complete” (Calderera e Pfafflin 2011, 26). L’anno dopo, un’indagine ISTAT sulla popolazione omosessuale nella società italiana rilevava che il 77% della popolazione residente si dichiarava eterosessuale, il 2,4% omosessuale o bisessuale, solo lo 0,1% transessuale (ISTAT 2012). La citata campagna del MIT “Un altro genere è possibile” parla infine dell’esistenza di un numero di persone transessuali pari a 50.000, ma il dato è approssimativo e basato su una rilevazione ipotetica.

Tenendo conto della situazione di grande indeterminatezza, i dati recentemente riportati da un gruppo di ricerca italiano (facente riferimento all’Osservatorio Nazionale Identità di Genere) affermano che: “In the Caucasian population, patient populations with GID are estimated to be in the range of 1:10,000 to 1:30,000 born male and 1:30,000 to 1:100,000 born female” (Manieri, Castellano et al. 2014, 53). Da parte sua, l’endocrinologa/ginecologa convenzionata con il consultorio MIT, in un altro recente studio scrive: “According to DSM-V, the prevalence of GD is 0\_002–0\_003% of adult natal females. In Western Europe, the number of transwomen is two to three times higher than the number of transmen, while in other countries, such as Japan, the number of transmen is greater than transwomen” (Meriggiola e Gava 2015, 1).

Sulla base dei dati riportati, due sono le considerazioni che ritornano con maggiore frequenza: da una parte, come sottolineato dalla FRA, è ipotizzabile che il numero della popolazione di genere “non conforme” sia certamente più alto di quanto rivelino le cifre (FRA 2014). Dall’altra, si rinforza l’idea che uno studio demografico relativo alla popolazione trans contribuirebbe certamente ad una migliore conoscenza del fenomeno anche in termini di soluzioni e proposte politiche maggiormente corrispondente ai bisogni espressi da questa

parte di popolazione, poiché in tale ambito, come osservano Winter e Conway (2011,1), “minorities don’t count, if you can’t count them”.

Tuttavia, una tale tipologia di indagine dovrebbe necessariamente tenere conto dell’ampia possibilità di *bias*, originati da fattori strettamente connessi con la difficoltà stessa di definire l’esperienza e il percorso di cambio di genere con caratteristiche certe. Tra questi: la diversificazione dei transiti (non tutte le persone che intraprendono il percorso di transizione lo portano a conclusione, o lo fanno con gli stessi tempi); il legittimo desiderio di “invisibilità” di alcune persone trans le quali, giunte alla fine del percorso, desiderano identificarsi semplicemente come uomini o donne (desiderio che, a seconda dei contesti, può anche essere motivato dal rischio di discriminazione e violenze che mettono in pericolo l’incolumità della persona); la possibilità di eseguire una parte o la totalità degli interventi all’estero; la mancanza di un sistema standardizzato per la registrazione a livello nazionale delle procedure chirurgiche di conversione di sesso (che sappia cioè distinguere, per esempio, un’isterectomia effettuata su una donna cis-genere e su una persona FtM); la mancanza di un database comune delle Corti di causa civile che renda possibile una selezione per filtri tematici delle procedure.

Facendo ricorso a metodi indiretti, questa ricerca ha voluto provare a raccogliere alcuni dati numerici che – ben lungi dal restituire una attendibile rispondenza della presenza delle persone trans sul totale della popolazione – possono tuttavia fornire spunti utili per eventuali futuri studi socio-demografici. Rivolgendo richiesta diretta al Tribunale di Bologna (città nella quale ha sede il MIT), è stato possibile risalire ai numeri delle sentenze di cambio di sesso e di nome per gli anni: 2012 (11); 2013 (8); 2014 (12); 2015 (6, ancora pendenti); 2016 (6 ad aprile, mese nel quale la richiesta è stata inoltrata). Tali dati sono stati forniti dalla cancelliera del tribunale, la quale non ha potuto però fornire informazioni relative al genere dei soggetti e alla tipologia di processo (se cioè le sentenze si riferiscano al primo processo per l’autorizzazione a sottoporsi agli interventi o al secondo, per il cambio di nome)<sup>64</sup>.

Un’ulteriore tipologia di dati è stata invece consegnata dalle principali associazioni e sportelli che si occupano della difesa dei diritti delle persone trans, ciascuno con servizi e progetti loro rivolti. I dati riportati riguardano in particolare il numero di utenti che accedono annualmente a tali strutture. A Milano, lo Sportello Trans ALA Milano Onlus<sup>65</sup>, avviato dal 2009, registra un accesso di circa cento utenti all’anno: dal 2009 a fine 2014 sono infatti circa

---

<sup>64</sup> L’unico modo per avere accesso a questa tipologia di dati è rivolgere richiesta diretta in ogni tribunale del territorio nazionale, come è avvenuto per il caso riportato.

<sup>65</sup> <http://www.sportellotransalamilano.it/>.



500 le persone trans che hanno usufruito di tale servizio (provenienti prevalentemente dalla Regione Lombardia). Dal numero indicato sono escluse le persone che si mettono in contatto con l'associazione tramite social network, telefono, mail e chat. Anche il SAT (Sportello Accoglienza Trans) di Verona<sup>66</sup> ha fornito dati riguardanti gli accessi allo sportello attivo nella sede dell'associazione: nel biennio 2012-2013 gli utenti sono stati 53; nel 2014 sono stati 22; 13 (a febbraio) nel 2015. Fa invece riferimento a dati complessivi riguardanti tutte le tipologie di presa di contatto lo Spo.T di Torino, lo sportello per persone trans gestito dal Circolo Maurice<sup>67</sup>: 30 utenti nel 2013; 36 nel 2014. Nella stessa città è attivo anche il C.I.D.I.Ge.M. (Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere Molinette - Torino), un centro di intervento clinico che trova spazio all'interno dell'Ospedale Le Molinette di Torino. Nel 2013 questo centro ha registrato 52 nuovi accessi e 51 nel 2014; presso il Centro è attivo anche un servizio rivolto specificatamente ai bambine/i, adolescenti e minori, che nei due anni riportati sono stati 11 (5 nel 2013, 6 nel 2014)<sup>68</sup>. Lo sportello Trans di Salerno<sup>69</sup> conta 27 accessi nel 2014; 17 nel 2015 (a febbraio).

Tab. 1

Associazione	Utenti 2013	Utenti 2014	Utenti 2015 (gennaio-febbraio)
Sportello Trans ALA Milano Onlus	100 ca	100 ca	100 ca
Sat Pink Verona	53 (2012-2013)	22	14
Spo.t Torino	30	36	-
C.I.D.I.Ge.M Torino	52	51	-
C.I.D.I.Ge.M Torino Servizio minori	5	6	-
Sportello Trans Salerno	-	27	17

Per completare questa rapida ricognizione si riportano i dati relativi all'utenza del MIT di Bologna per gli anni 2013 e 2014. Nel primo caso, essi sono suddivisi per tipologie di accesso

<sup>66</sup> <http://www.circolopink.it/servizio-accoglienza-trans/>.

<sup>67</sup> <http://mauriceglbt.org/spot/>.

<sup>68</sup> Non è dato sapere se, e con quale frequenza, gli accessi delle due realtà siano sovrapponibili.

<sup>69</sup> <http://www.sportellotrans.it/portfolio/salerno/>.

alle terapie (di carattere psicologico ed endocrinologico) e nuovi accessi. Nel secondo sono suddivisi per tipologia di prestazioni erogate<sup>70</sup>.

Tab. 2 Attività del consultorio MIT per l'anno 2013

MIT	Utenti TOT.	Utenti 2013	di cui nuovi
	924		
TERAPIA PSICOLOGICA		170	45
TERAPIA ENDOCRINOLOGICA		82	24

Tab. 3 Attività del consultorio MIT per l'anno 2014

PRESTAZIONI PSICOLOGICHE		
totale	tipologia prestazione	n.
1060	psicoterapia familiare	6
	psicoterapia individuali	979
	colloqui psic. clinico individuale	75
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE		
totale	tipologia prestazione	n.
207	visita endocrinologica	207
ALTRE PRESTAZIONI/ATTIVITA'		
totale	tipologia	n.
560	accoglienza e informazione	130
	attività di follow-up	58
	consulenze a persone recluse	6
	invio per interventi di RCS	16
	messa in rete con operatori di servizi sociali e sanitari	102
	programmazione/riunioni di équipe interdisciplinare	248

Numero utenti: 185 – di cui NUOVI: 64 (1 richiedente asilo politico, 4 in percorso di protezione sociale ex art. 18 DLG 286/98)

<sup>70</sup> Cfr. documento “Attività consultoriale convenzionata con l’Azienda USL Città di Bologna. Relazione per l’anno 2013” reperito tramite richiesta diretta alla presidente dell’associazione. La stessa richiesta è stata rivolta per l’anno 2014.

Osservatorio e risorsa per lo studio della questione transessuale è, infine, quello offerto dai social network e in particolare dai molti gruppi a tematica trans che hanno preso vita su Facebook. Lo spazio virtuale rappresenta oggi un ambito fondamentale che attraversa l'esperienza trans strutturandola e investendone i processi di *embodiment*, di soggettivazione individuale, di creazione di intersoggettività, ma anche di creazione e diffusione di informazione e (auto)formazione (Ekins e King 2010). Tuttavia, esso è per sua stessa natura rappresentativo solo di una porzione della popolazione transessuale e transgender in Italia e non può di conseguenza fornire dati numerici affidabili (si pensi, per esempio, al fatto che la stessa persona può iscriversi a più gruppi, oppure uscirne senza lasciare traccia, per non parlare di chi, per ragioni anagrafiche, economiche o geografiche ha un accesso limitato o nulla alla rete)<sup>71</sup>.

In conclusione, la ricerca ha inteso snodarsi attraverso le molte questioni e problematiche che la tematica presenta e che questo primo capitolo ha inteso tracciare come cornice tematica attorno al lavoro di indagine svolto. Compito del prossimo capitolo sarà invece quello di delineare il quadro teorico attraverso il quale il lavoro di campo si è strutturato, con l'intento di osservare e analizzare le pratiche di modificazione fisica messe in atto da singole persone transessuali e transgender coinvolte nei diversi gradi di trasformazione medicalizzata dei propri corpi e della propria identità di genere.

---

<sup>71</sup> Tra i gruppi a tematica trans presenti su Facebook (finalizzati alla discussione collettiva, al confronto e allo scambio di informazioni), quelli in cui si conta il maggior numero di iscritti (nel febbraio 2016) risultano essere: *FiM & friends di tutta Italia... per conoscersi e confrontarsi* (1211 membri); *FTM-MTF info/consigli e amicizie e relazioni ITALIANI* (1140 membri); *TRANS ITALIA-OLTRE IL GENDER* (618 membri); *Transgender & Co. MtF, FtM e Intersex* (662 membri).



## Capitolo secondo

### Le cornici teoriche

Siamo partite dal corpo.  
Monica Romano, *Trans. Storie di ragazze XY*

People have different kinds of 'situated knowledges' that derive from how they live their bodily differences in the world. (...) Transgender represents a different kind of difference that offers a novel perspective on how gender systems, and therefore society, work.  
Susan Stryker in  
Petra Dierkes-Thrun, *Transgender Studies Today: An Interview with Susan Stryker*

#### 1. Portare i margini al centro: i *Transgender Studies*

La ricerca che viene qui presentata ha inteso mettere al centro l'esperienza transessuale e transgender come esperienza umana significativa a partire dal dato più concreto a sua disposizione: i corpi incarnati ed in movimento, fuori ed oltre il genere assegnato alla nascita. L'esigenza, fin dal principio, è stata quella di guardare ai corpi trans come ad un fondamentale campo di battaglia teorico-politico all'interno del quale spingere ulteriormente a fondo la messa in discussione del sistema binario dei generi attorno al quale le società occidentali contemporanee si sono articolate; ovvero, come a un punto di vista incarnato, portatore di una "differente differenza" capace di offrire una prospettiva nuova sul funzionamento del *gender system* e, di conseguenza, dell'intera società.

Per riuscire in questo intento è stato utile e fondamentale andare in cerca di quelle riflessioni situate e incorporate all'interno dell'esperienza trans. Queste sono poi state messe in relazione con ulteriori ambiti sociologici, considerati per questa ricerca indispensabili al fine di affrontare un argomento che presenta, come suo intrinseco carattere costitutivo, un'irriducibile polisemicità e un'ampia interdisciplinarietà.

Naturale è stato così rivolgersi in prima istanza ai *Transgender Studies*<sup>1</sup>. Nati nelle pieghe della maggiore visibilità politica acquisita dalla comunità transgender statunitense negli anni Novanta, e influenzati dall'incremento delle riflessioni femministe e *queer* riguardanti il rapporto tra sesso e genere, i *Transgender Studies* offrono oggi una tale ricchezza di contenuti da essere considerati un vero e proprio ambito disciplinare e accademico. Avanzando le proprie analisi da una postura eccentrica – a partire cioè dalle soggettività prevalentemente trans incarnate dagli studiosi che ne fanno parte – questi studi si sono distinti per la capacità di offrire una complessa e profonda riarticolazione della categoria di genere e del suo rapporto di questa con l'*embodiment* – non senza intrattenere un costante dialogo con i *Gender, Feminist e Queer Studies* (Stryker e Whittle 2006; Stryker e Aizura 2013; Serano 2013; Halberstam 1997, 1998, 2005; Preciado 2000; Feinberg 1992, 1993).

Fare riferimento ai lavori di Susan Stryker (attivista trans, professore associato di *Gender e Women's Studies*, nonché una delle fondatrici di tale area di studi) permette di affermare come sia in corso, oggi, una seconda stagione dei *TS*. La prima, che si è sviluppata lungo il ventesimo secolo prevalentemente intorno alla premessa fondativa che essere trans non corrisponda ad alcuna patologia medica, ha avuto l'obiettivo di affermare e rivendicare la materialità dei corpi e la dignità delle esistenze trans fuori dai registri medici. Fino a quel momento, infatti, i medici risultavano i principali detentori di un potere tanto definitorio quanto normativo-regolatorio dell'esperienza trans stessa, finalizzato alla creazione di dispositivi di correzione in senso eteronormativo (Bornstein 1994). Scrive l'attivista e accademico trans inglese Stephen Whittle, citando un testo fondativo dei *TS*: "Finally being able to accept our own sanity, trans people have created gender disorder by becoming 'gender outlaws'" (Whittle 2006, xiii; Bornstein 1994).

Lo spostamento teorico sottostante tale posizionamento – dai saperi medico-scientifici all'esperienza diretta dei soggetti protagonisti – ha sostanziato il diritto delle persone trans di prendere parola e formulare nuove interpretazioni a partire dal proprio vissuto (Whittle 2006, xii). Tale passaggio è evidente anche nell'antologia elaborata da Susan Stryker insieme a Stephen Whittle: *Transgender Studies Reader* ha infatti avuto il merito di tratteggiare, in un prospettiva storica, un secolo di concettualizzazioni della varianza di genere, raccogliendo contributi elaborati dalla sessuologia del XIX secolo, fino alle produzioni teoriche, (auto)etnografiche e politiche emerse nel corso del XX secolo non solo dall'ambito trans, ma anche dagli studi femministi, gay e *queer*.

---

<sup>1</sup> D'ora in avanti nel testo anche come *TS*.

In particolare, gli anni Novanta hanno visto venire alla luce un corpus di narrazioni autobiografiche, le cui caratteristiche ricorrenti hanno contribuito a creare un vero e proprio canone trans (Prosser 1998), con relativo contro-canone letterario (Stone 1991; Bornstein 1994; Halberstam 1998). Il primo, maggiormente inserito nel registro medico dell'interpretazione dell'esperienza transessuale, al cui interno gli autori esprimevano con particolare enfasi il senso della scoperta di un "vero", "autentico" sé, contrapposto alla percezione di vivere in un "corpo sbagliato"; il secondo, più propenso alla (auto)narrazione di pratiche di incorporamento trasgressive e performative rispetto alle tradizionali categorizzazioni di sesso e genere, e di più netta rivendicazione politica del proprio essere transgender, o "gender outlaw" (Bornstein 1994).

Insieme all'autorappresentazione, l'irruzione dei *TS* ha creato un ponte tra le intuizioni e le analisi legate alle esperienze di trasgressione dei confini di genere e le questioni disciplinari al centro del dibattito delle scienze umane e sociali. A partire dalla seconda metà degli anni Novanta si è così assistito ad un rapido sviluppo dei *TS* come ambito accademico di critica teorica complessiva sulle società contemporanee. Se i lavori precedenti avevano individuato nell'apparato medico-scientifico il principale mezzo di controllo delle esperienze de-generi, in questa fase gli studiosi iniziano a interrogarsi sui nuovi regimi securitari e di sorveglianza – tanto discorsivi quanto istituzionali – in azione nei cambiamenti geopolitici globali successivi all'11 settembre 2001. Come è possibile osservare dal consistente apparato di interventi (cinquanta in tutto, suddivisi per dieci sezioni tematiche) presenti nel più recente *Transgender Studies Reader 2* (Stryker e Aizura 2013), un'altra evoluzione che caratterizza questa seconda fase è data dall'approccio critico riservato alla categoria di identità applicata all'esperienza transgender (Kunzel 2014, 289). Il prefisso *trans-* diventa qui, più che un tratto identitario, una lente analitica, una metodologia da applicare ad analisi spiccatamente intersezionali, capaci cioè di esplorare le linee di esclusione e sfruttamento che passano attraverso i generi, ma anche attraverso la "razza", la provenienza, lo status sociale, il grado di dis-abilità dei corpi: "Gender" – chiariscono gli autori della seconda antologia – is not merely the representation in language and culture of a biological sex; it is also an administrative or bureaucratic structure for the management of sexual difference and reproductive capacity" (Stryker e Aizura 2013, 8).

In particolare, lo sguardo critico verso i processi di inclusione/esclusione e sorveglianza messi in atto dalle politiche neoliberiste diventa centrale in questa seconda fase di produzione analitica. Strettamente correlato ad esso, è possibile trovare infine ricerche sui movimenti per la giustizia sociale, la salute, la cittadinanza; sulla biopolitica e le

biotecnologie; sui nuovi media, la disabilità e tutte le molte questioni “di confine” riguardanti l’animalità/il (post)umano/le tecnologie<sup>2</sup>.

Riferimento costante per i *TS* si riconferma l’ambito degli studi femministi e *queer*, non senza intraprendere con questi un fondamentale dialogo critico. Ai primi, e in particolare al femminismo radicale ed essenzialista, i *TS* chiedono di ripensare – o in alcuni casi di pensare per la prima volta – alcune delle ipotesi fondative del femminismo stesso, che hanno rappresentato dispositivi di esclusione per le persone trans (Raymond 1980). Tra queste, proprio la categoria “donna”: “Transgender phenomena challenge the unifying potential of the category ‘woman’ and call for new analyses, new strategies and practices, for combating discrimination and injustice based on gender inequality” (Stryker 2006, 7). Anche dei *Queer Studies*, fondati sulla decostruzione teorica, politica e metodologica dell’obbligatorietà dell’eterosessualità (Butler 1990; de Lauretis 1991; Love 2014) e su un soggetto fluido, magmatico, anti-identitario si mette in discussione innanzitutto l’oggetto d’analisi:

“Queer studies, though putatively antiheteronormative, sometimes fails to acknowledge that same-sex object choice is not the only way to differ from heterosexist cultural norms, that transgender phenomena can also be antiheteronormative, or that transgender phenomena constitute an axis of difference that cannot be subsumed to an object-choice model of antiheteronormativity. As a result, queer studies sometimes perpetuates what might be called ‘homonormativity’ that is, a privileging of homosexual ways of differing from heterosocial norms, and an antipathy (or at least an unthinking blindness) toward other modes of queer difference. Transgender studies is in many ways more attuned to questions of embodiment and identity than to those of desire and sexuality, and is akin to other efforts to insist upon the salience of cross-cutting issues such as race, class, age, disability, and nationality within identity-based movements and communities. Transgender phenomena invite queer studies, and gay and lesbian communities, to take another look at the many ways bodies, identities, and desires can be interwoven” (Stryker 2006, 7-8).

Ancora, all’idea del genere come *performance* (Butler 1990), l’esperienza trans risponde chiedendo conto della materialità delle esperienze e delle sofferenze che, per il corpo e attraverso il corpo, vengono vissute (Serano 2013; Prosser 1998; Namaste 1996, 2000). Il posizionamento *queer* “privilegiando la *performance* del genere, gli effetti teatrali, il potere performativo del linguaggio e della testualità” avrebbe così mancato – è questa l’accusa mossa dai *TS* – di porre la questione della corporeità in gioco nel processo di determinazione o cambiamento dell’identità sessuale (Preciado 2002, 78-79). Ancora a questo proposito, scrive Gerdes (2014, 149), alla voce *Performativity* del glossario che compone il primo numero della rivista *Transgender Studies Quarterly*:

---

<sup>2</sup> Fotografia del dinamismo e della ricchezza dei *TS* è, tra le altre pubblicazioni, la rivista *Transgender Studies Quarterly* (*TSQ*), (Duke University Press). Fondata nel 2014 dalla stessa Stryker, si tratta della prima rivista accademica interamente dedicata agli studi trans. Giunta oggi al tredicesimo numero, la rivista offre volumi monografici, composti di contributi raccolti tramite *call for submissions*: la varietà dei temi e il rigore scientifico con il quale vengono trattati restituiscono l’attenzione crescente intorno a tale ambito di studi.



“Transgender studies is positioned, at the intersection of gender’s discursivity and its materiality, to open vital questions about the (re)formation of gender, subjectivity, bodies, and the body. These questions demand a performative theory that can also account for the unrepresentable experience of gender, of being addressed by gender, and so being tossed into a rhetorical relation with it. Performativity is the connection between gendered embodiment, gendered experience, and gender’s discursive force”.

Nel loro insieme, i due volumi antologici curati da Stryker forniscono un esempio evidente della differenza esistente tra gli studi *sui* fenomeni transgender e transessuali e i *Transgender Studies*. Un “transgender phenomenon” è, per usare le parole di Stryker e Aizura (2013, 7),

“anything that disrupts or denaturalizes the normative linkages we assume to exist between: biological sex; sex-role socialization; subjectively experienced or self-perceived gender/identity; expression of stereotypical gender behavior and appearance; kinship status; reproductive function or capacity. Whatever we see that brings the unnaturalness of this assemblage into visibility is a *transgender phenomenon*”.

Per quanto detto da Stryker, è dunque possibile affermare che gli studi *sui* fenomeni transgender hanno una lunga storia, interna al contesto europeo moderno, riguardante soprattutto l’osservazione delle devianze (per lo più sessuali) in un’ottica normalizzatrice. Da parte loro, i *TS*, analizzati nel loro insieme, presentano un ormai massiccio corpus di studi, capace di restituire il senso di un “global assemblage” (Stryker e Aizura 2013, 7) dinamico, prolifico e interdisciplinare, capace di attraversare i confini territoriali, i settori scientifici e, contemporaneamente, anche di andare oltre le istituzioni accademiche, per rivolgersi alle urgenze del presente. Tuttavia, a differenza di quanto accade negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, nel contesto italiano delle scienze umane e sociali le possibilità contenute in tale approccio sono a stento recepite e godono ancora oggi di scarsa considerazione<sup>3</sup>.

Si tratta a tutti gli effetti di un progetto epistemologico e metodologico ormai ventennale, intimamente legato al contesto postmoderno di produzione di saperi e interessato alla comprensione dei cambiamenti intorno al carattere storicamente, socialmente, biotecnologicamente e culturalmente costruito dei generi, e all’analisi del potere normalizzatore che su di essi si struttura. I *TS* hanno così saputo richiamare l’attenzione sul fatto che il genere, così come questo viene incorporato, vissuto, percepito e performato è più complesso e problematico di come tradizionalmente viene rappresentato attraverso il binarismo di sesso-genere. Nell’interpretazione diffusa il sesso è infatti la base che sostiene e

---

<sup>3</sup> Lo stesso caso di studio scelto – il MIT – è stato ad esempio negli anni s-oggetto di studi di tesi di laurea (specialistiche e magistrali), ma mai di pubblicazioni scientifiche o lavori più approfonditi. L’unica pubblicazione edita che si segnala in questo senso è a cura di due delle tre psicoterapeute che lavorano presso il consultorio del MIT, e raccoglie interventi provenienti dall’ambito medico internazionale, tra i quali anche gli specialisti che collaborano con il MIT (Nadalin e Stella 2000).

veicola le manifestazioni del genere che gli corrispondono; la materialità del sesso anatomico viene iscritta nei corpi, e viene rappresentato socialmente, da un ruolo di genere e, soggettivamente, da un'identità di genere (Stryker 2006, 8-9). In questo sistema, sesso e genere si presentano come strettamente e rigorosamente mimetici: un'entità naturale corporea e il suo riflesso sociale.

Gli studi transgender mettono in discussione sia la stabilità del “sesso” materiale sia il rapporto di tale categoria con le rappresentazioni linguistiche, sociali e psichiche del “genere”: il sesso, storicamente rappresentato come una qualità stabile che caratterizza in modo univoco e binario ogni corpo individuale, è costituito da numerosi elementi – cromosomi, anatomia, organi genitali, estetica – nessuno dei quali contenenti la “vera essenza” del genere, ma tutti insieme capaci di formare una serie di combinazioni corporee di gran lunga superiori alle uniche due conosciute e legittimate. In quest'ottica, tanto la presunta integrità del corpo quanto l'identità di genere su esso riflessa rivelano il loro carattere socialmente costruito (Stryker 2006, 9). Di conseguenza, anche le categorie di “uomo” e “donna” appaiono inadeguate a descrivere la condizione trans, ma efficaci nell'affermarne la propria posizione di privilegio (tradizionalmente mascherata dietro a pretese universalistiche) (Whittle 2006, xiv). Afferma a questo proposito Stryker (2014, 5):

“Transgender studies suggests that it is also necessary to understand how contesting the hierarchized gender binary itself can increase vulnerabilities to structural oppression for those people who don't fit in, or who refuse to be fixed in place. That is, in addition to needing to address power structures that privilege normatively gendered men and masculinity over normatively gendered women and femininity, we also need to address a wide range of gender nonnormativities, atypicalities, transivities, and fluidities”.

Più in generale, introdursi nell'ambito degli studi transgender significa occuparsi di tutto ciò che sconvolge, snatura, riarticola e rende visibili i legami normativi – generalmente dati come scontati – tra la specificità biologica del corpo umano sessualmente differenziato, i ruoli sociali e gli status che una particolare conformazione corporea è presupposta introiettare. Inoltre, questi studi mettono a tema il rapporto soggettivamente vissuto tra la percezione di genere, le aspettative sociali ad esso correlate e i meccanismi culturali che lavorano per sostenere o contrastare specifiche configurazioni *gendered*. Come e insieme ad altri campi accademici interdisciplinari, i *TS* indagano le differenze incarnate e analizzano le modalità con cui tali differenze si trasformano in gerarchie sociali, ponendo l'attenzione sul fatto che “differenza” e “gerarchia” non sono mai semplici astrazioni, ma sistemi di potere che operano

su corpi reali, in grado di produrre inclusione ed esclusione, dolore e piacere, salute e malattia, punizione e ricompensa, vita e morte.

Attraverso le parole di Susan Stryker si delinea un ulteriore nucleo centrale dei *TS*, che ha contribuito ad articolare gli obiettivi teorici della presente ricerca:

“Transgender studies considers the embodied experience of the speaking subject, who claims constative knowledge of the referent topic, to be a proper – indeed essential – component of the analysis of transgender phenomena; experiential knowledge is as legitimate as other, supposedly more ‘objective’ forms of knowledge, and is in fact necessary for understanding the political dynamics of the situation being analyzed” (Stryker 2006, 12).

Un’osservazione che parte dall’interno dell’esperienza trans indica dunque anche la possibilità di una comprensione diversa dei significati e delle rappresentazioni dei corpi narrati come “legittimi”: questioni a prima vista teoriche che tuttavia hanno conseguenze concrete sulla vita delle persone trans.

In particolare, gli studi transgender portano alla luce l’indissolubilità del rapporto esistente tra *soma* – il corpo, come costruito culturale intellegibile – e *technè* – le tecniche nelle quali e attraverso le quali i corpi prendono forma, si trasformano e si posizionano. Le biotecnologie di mutazione del corpo trans non sono dunque mere “protesi” artificiali, installate su corpi “naturali” ma – proprio perché *bio* – sono il corpo stesso. Deriva da tale posizionamento teorico, in cui si rintracciano parti della riflessione già elaborata da Donna Haraway (1985), il termine *somatechnics* coniato da Susan Stryker nel 2003 per indicare l’unione stretta tra il corpo e i dispositivi tecnologici di formazione e trasformazione dei corpi trans e non (Sullivan 2014, 187). Come conseguenza, un’ulteriore dicotomia viene ad essere messa in discussione: quella tra corpo e tecnologia, vale a dire, tra natura e cultura.

Afferma ancora Stryker, riferendosi allo sguardo dei *TS* sul processo di *embodiment*: “It’s about the processes through which we incorporate – literally somaticize – culturally specific and historically revisable categories of individual identity within biopolitical regimes of governmentality” (Stryker 2006, 5). In altre parole, il corpo non è riconosciuto come un (già dato) oggetto della conoscenza tra gli altri, quanto piuttosto come *lo* spazio contingente della conoscenza e della costruzione di un sapere (Stryker 2006, 12) che assegna la priorità ai processi di *embodiment* e di posizionamento dei soggetti. In breve, la condizione transgender offre diverse e molteplici interpretazioni dei significati del corpo e delle rappresentazioni che ne vengono prodotte.

Da questa prospettiva di studi, le analisi su genere, desideri, *embodiment* e soggettività hanno implicazioni radicali per una vasta gamma di aree tematiche: nello studio dei

mutamenti culturali, sociali e normativi in generale e in particolare, negli ambiti riguardanti la salute pubblica, la medicalizzazione dei corpi, la giustizia, il diritto, la cittadinanza. Tutti temi che la ricerca qui presentata ha inteso porre al centro della riflessione.

In ultima analisi, non sono solo le esperienze trans in quanto tali a costituire motivo di interesse, ma anche il modo in cui esse sanno rivelare il funzionamento dei sistemi e delle istituzioni che producono contemporaneamente possibilità di vivibilità per alcuni soggetti mentre le precludono ad altri. Anche per questa ragione i *TS* occupano uno spazio accademico interdisciplinare che include una varietà di posizionamenti e ambiti: da un lato l'esperienza transessuale, transgender e *gender variant*, ma anche l'intersessualità e l'omosessualità; dall'altro la molteplicità delle espressioni storiche e subculturali delle atipicità di genere. E ancora, lo sviluppo delle diverse forme di controllo e normazione delle identità di genere attraverso le epoche. Essi risultano dunque in relazione con le scienze sociali, la psicologia, le scienze biologiche, ma anche le discipline umanistiche e filosofiche, le arti e la comunicazione. Si occupano della materialità delle esperienze e delle pratiche di rappresentazione e, al tempo stesso, della loro interrelazione.

Per tutto quanto detto, ai *TS* spetta dunque di diritto un posto al tavolo dei principali dibattiti sociologici contemporanei su genere, corpi, autodeterminazione, cittadinanza, e molto altro ancora.

## **1.1 Il “corpo sbagliato”. Retoriche della transessualità**

Al polo opposto della prospettiva tracciata si ritrova il registro narrativo del “corpo sbagliato”, simbolo dell'influenza acquisita dalle istituzioni mediche nella definizione e costruzione dell'esperienza transgender e transessuale nelle società occidentali contemporanee a partire dal XIX secolo (Sullivan 2008). La nozione di “corpo sbagliato” fa riferimento ad una concezione dicotomica e deterministica dei corpi sessuati, al cui interno le persone transessuali non possono che situarsi come un “errore”: un'erroneità che si riferisce all'autopercezione di una non sovrapposibilità e non corrispondenza tra il sesso anatomico e il genere percepito, e che quindi rinvia alla connotazione *gendered* dei corpi.

Specularmente, il significato sotteso a tale nozione è la convinzione che esista un corpo “corretto”, “autentico”, “sano” in cui sesso corporeo e genere psicologico coincidono (Roen 2002, 141), e di conseguenza utile a riprodurre la dicotomia maschile/femminile e sesso/genere (Halberstam 1998, 20).

L'a-normale, l'erroneo – e dunque il patologico – va così incontro a una precisa definizione diagnostica che accompagna le persone transessuali e transgender dal 1980. Nell'International Statistical Classification of Diseases and Health Problems (ICD-10) questa definizione è descritta come: “A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one’s anatomic sex, and a wish to have surgery and hormonal treatment to make one’s body as congruent as possible with one’s preferred sex”(World Health Organization 2010, F64.0: Transsexualism). Nonostante nel 2013 la quinta e più recente versione del Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) abbia sostituito “gender identity disorder” con “gender dysphoria” compare nella descrizione l’idea di “erroneità” – non più situata necessariamente nel corpo, ma nel gap esistente tra l’esperienza e l’espressione del proprio sé in chiave di genere e l’ambiente circostante: “For a person to be diagnosed with gender dysphoria, there must be a marked difference between the individual’s expressed/experienced gender and the gender others would assign him or her” (American Psychiatric Association-APA 2013: *gender dysphoria*). Un cambiamento senz’altro positivo rispetto all’edizione precedente (DSM-IV), nella quale si parlava di: “A strong and persistent identification with the opposite gender. There is a sense of discomfort in their own gender and may feel they were ‘born the wrong sex’” (American Psychiatric Association 2000: *gender identity disorder*). Tuttavia, è la stessa esistenza di tale classificazione a continuare a legittimare – in ambito medico ma non solo – frequenti atteggiamenti paternalistici, stigmatizzanti e transfobici.

Solo dalla metà degli anni Novanta, attorno al quesito “What is the ‘right’ body?” (Halberstam 1998), la metafora dell’“essere intrappolati nel corpo sbagliato” – diventata centrale nell’esperienza di autorappresentazione di molte persone trans – inizia ad essere messa in discussione da molte delle contro narrazioni già citate, anche grazie all’influenza delle teorizzazioni *queer* e femministe (Nataf 1996; Cromwell 1999). Va ad esempio in questo senso l’affermazione di Sandy Stone, nel suo *Post-transsexual Manifesto* (1991, 297): “Under the binary phallogocentric founding myth by which Western bodies and subjects are authorized, only one body per gendered subject is ‘right’. All other bodies are wrong”.

Dal punto di vista teorico, mettere in discussione le dicotomie che sostanziano la metafora del “corpo sbagliato” equivale a negare l’esistenza di un’essenza *gendered*, autentica, legata al corpo come un’entità statica, responsabile della volontà di normalizzazione dei corpi de-genere. Equivale a negare, inoltre, che esista una distinzione tra

la materialità (il corpo e in particolare i genitali) e la soggettività (la percezione di sé), per affermare la loro intrinseca inseparabilità.

È da questa prospettiva che nel presente lavoro si è guardato all'esperienza di *embodiment*: un intreccio di soggettività, materialità e discorsività, all'interno di un *frame* teorico dove il binarismo scompare per lasciare il posto a un pluralismo di generi possibili (Monro 2003), all'interno del quale i corpi trans agiscono – laddove possibile – liberamente il loro diritto ad autodeterminarsi (Bettcher 2014; Engdhal 2014). Questo orientamento ha trovato sostegno nel lavoro empirico, che ha reso possibile constatare come la metafora del “corpo sbagliato” non trovi più una ampia corrispondenza nelle pratiche di autorappresentazione delle persone trans. Gli stessi intervistati si riferiscono ad essa raramente, se non per contestarla e contrapporre, affermandole, modalità altre, uniche, di incorporamento del genere sentito. Per tale ragione l'indagine ha posato uno sguardo più specifico anche sulla letteratura di riferimento dedicata alle pratiche mediche di gestione del transito di genere: per lo più proveniente<sup>4</sup> dal contesto sociologico statunitense e, in parte minore, anglosassone (in Italia si registra una quasi totale assenza di lavori empirici sul tema trattato: cfr. a Nadalin e Stella 2000; Poidimani 2006).

L'ampiezza di questi studi spazia dall'analisi critica alla costruzione sociale del modello socio-medico e medico-giuridico del transessualismo e alla resistenza ad esso posta dai soggetti (Billings e Urban 1982; Bolin 1988; Devor 1997; Stone 1991; Butler 1993, 2001; Halberstam 1998; Califia 1997; Cromwell 1999; Roen 2002; Monro e Warren 2004; Spade 2006; Hausman 1995; Hines 2008), fino allo studio delle pratiche cliniche di gestione del benessere transessuale, nelle sue molte e differenti accezioni (Gorton, Buth, Spade 2005; Jamie, Feldman, Goldberg 2006; Newfield, Hart et al. 2006; Sinding, Trosztmer, Raj 2007; Hines 2007a; Aizura 2010; Xavier, Bradford et al. 2013).

Per la polisemicità del tema trattato e l'ampiezza delle domande della ricerca, è stato necessario dotare lo studio di ulteriori cornici teoriche oltre a quella fornita dai *TS*. Fondamentali son stati dunque gli strumenti analitici messi a disposizione dalla sociologia del corpo, che hanno reso possibile rispondere ad alcune domande su cui il lavoro di indagine si è strutturato, quali per esempio: di cosa si parla, quando si parla di esperienza trans del corpo e delle modificazioni di questo corpo? Tutte le persone il cui genere eccede il binarismo uomo/donna fanno del corpo la stessa esperienza?

---

<sup>4</sup> Mi limito qui a considerare prevalentemente la letteratura sociologica. Tuttavia, considerando l'interdisciplinarietà un approccio non eludibile in questo contesto, nel corso della trattazione verranno inseriti e segnalati lavori provenienti da differenti ambiti disciplinari (ad esempio antropologia, medicina o psicologia).

## 2. La sociologia del corpo

Il corpo non è una cosa, è una situazione:  
è la nostra comprensione del mondo,  
il bozzetto del nostro progetto.  
Simone de Beauvoir, *Il secondo sesso*

Quando un corpo abbandona le pratiche che la società  
in cui vive gli consente in quanto maschile o femminile,  
scivola a poco a poco verso la patologia.  
Paul B. Preciado, *Testo tossico*

La decisione di soffermare l'attenzione sul corpo ha corrisposto innanzitutto al vuoto di analisi che, in ambito sociologico, si registra rispetto all'esperienza delle modificazioni corporee vissute dalle persone transessuali e transgender in quanto insieme dinamico di discorsi, pratiche, percezioni (individuali e sociali) di incorporamento. Una simile scelta trova conferma in una recente (e omologa) ricerca condotta nel Regno Unito dalla sociologa Zowie Davy (2011, 5):

“The book addresses bodily aesthetics rather than gender identity. (...) Starting from a position, which foregrounds gender identity, overlooks the specificity of the body and thus, leaves body aesthetics neutral or absent in the formation of experiences of embodiment. As in commonly the case, theorizing trans bodies through a gender identity framework mistakenly suggests that the (modified) trans body is a result of a particular gender identity rather than the (modified) body is sociohistorically situated and constitutes gender identity. By framing may analysis of (different) bodily aesthetics and the relationship they have with gender identities we will be able to understand more fully transpeople's body projects. Moreover, we will be able to consider how bodily aesthetics inform social relations and the judgments made about trans bodies, in sum, how trans bodies are recognized personally, politically and medicolegally”.

In accordo con tale visione, il corpo – da modificare, in transizione, già modificato – si delinea come spazio di osservazione, giudizio e riconoscimento sia sul piano privato sia su quello pubblico (e quindi sociale, politico e medico-legale); contemporaneamente, esso si rivela agente di mutamento soggettivo e della realtà circostante. Per questo motivo, si è scelto di porre l'enfasi sui “processi del farsi corpo” (Turner 1996, XIII) e, nello specifico, sull'esprimersi, in quanto transgender/transessuale, di quello stesso corpo nello spazio sociale.

Proprio il corpo – per lungo tempo una “absent presence” nei discorsi della sociologia classica (Shilling 1993) – è stato protagonista negli ultimi trent'anni<sup>5</sup> di quello che Turner ha chiamato “turn of the body”, ovvero un riposizionamento del corpo al centro delle attenzioni delle scienze sociali e umane, come risposta intellettuale ai radicali cambiamenti in atto nelle

---

<sup>5</sup> Si fa coincidere l'inizio di tale periodizzazione con la prima edizione del testo di B. S. Turner (1984), *The Body and Society*.

relazioni tra corpi, (bio)tecnologie e società contemporanea (Turner 2012, 1). Prima di allora, pur avendo rappresentato a lungo un'utile metafora per lo studio del mondo sociale, il corpo non era mai arrivato a conquistare lo status di legittimo s-oggetto di analisi sociologica. Nella ricollocazione, fondamentali sono stati i movimenti femministi che, insieme a Foucault (1976), hanno saputo individuare nel corpo la sede fondante i rapporti di subordinazione e disciplinamento nella società (Plummer 2002; Borgna 2005; Shilling 2012).

Considerata la polisemicità del tema scelto, particolarmente utile si è rivelato dunque incrociare tali percorsi teorici con le riflessioni provenienti da sociologi del corpo quali Shilling (1993 e 2012) e Turner (2012), per i quali il corpo – all'interno del contesto contemporaneo – si configura prevalentemente come corpo materiale, corporeità capace di modellare la società circostante, essendone allo stesso tempo anche plasmata. All'interno di tale lettura analitica, rientra efficacemente l'idea del corpo come “progetto” (Shilling 2003), che apre a sua volta ai concetti di “tecniche” e “tecnologie”, sganciando i corpi dalla dimensione strettamente biologica, per legarli alla realtà culturale, sociale e storica (Conrad 2007; Foucault 1976; Haraway 1997; Mauss 1936; Preciado 2000; Plummer 2002; Borgna 2005; Bourdieu 1998). Da una parte le “tecniche del corpo” sono i modi in cui gli individui nelle diverse società, sanno servirsi del loro corpo (Mauss 1936; 1965), mentre dall'altra le tecnologie a disposizione nelle società contemporanee comprendono “i modi in cui i corpi erotici vengono (...) gestiti attraverso interventi medici o comunque tecnici” (Plummer 2002, 496). Si è fatto qui riferimento soprattutto alle nuove tecnologie come *biotecnologie* in forza della loro capacità “di addomesticare – se non dominare – la Natura, per dare forma ai corpi e fare posto alla Cultura” (Fusaschi 2011, 18).

In conclusione, l'apparato teorico offerto dalla sociologia del corpo ha permesso di portare alla luce la tensione esistente tra il soggetto, che investe in termini di progettazione e autodeterminazione sul proprio corpo, e la possibilità di questo stesso corpo di essere controllato, disciplinato, normalizzato, reso funzionale ai rapporti di dominio (Foucault 1976; Shilling 2012; Butler 1990; Bordo 1993; Sassatelli 1998, 2000, 2002, 2006).

Il percorso qui tracciato ha inteso utilizzare tale corpus di analisi in relazione all'esperienza di incorporazione dell'esperienza transessuale e transgender nel contesto contemporaneo.

La svolta iniziata intorno alla metà degli anni Ottanta – definita da due dei principali sociologi del corpo come “turn of the body” (Turner 2012, 1), e “turn to embodiment” (Shilling 2012, IX) – ha causato un riposizionamento dell'attenzione sulla corporeità e sull'essere incarnato



delle relazioni sociali, della cultura, delle tecnologie, di cui si trova riscontro nell'esponenziale quantità di pubblicazioni di nuove riviste e testi, nonché nella nascita di un ampio spettro di articolazioni. Tra queste, fondamentale è stata innanzitutto la sociologia del corpo *gendered*, una lente attraverso la quale ci si è accostati alle riflessioni sulla biomedicalizzazione, la chirurgia estetica e la cittadinanza.

L'emersione di tale nuovo ambito di investimento sociologico è stata interpretata da Bryan Turner (2012) come reazione intellettuale ad alcuni radicali cambiamenti in atto nelle società occidentali contemporanee. Tra questi la transizione a un'economia di tipo post-industriale e neoliberista, che ha risignificato il rapporto degli individui con i tempi di lavoro e i tempi di vita, e di conseguenza con l'intimità e il corpo (Giddens 1992). Prima spazio del privato, quest'ultimo diventa nel presente veicolo principale di esperienze emozionali e interazioni interpersonali nello spazio pubblico, nonché fonte di riproduzione di valore economico. Contestualmente a tali trasformazioni strutturali, Turner considera periodizzante anche la modificazione della struttura demografica, e dunque il progressivo invecchiamento della popolazione con le molte sfide ad esso correlate in termini di politiche di welfare, ricerca scientifica in ambito sanitario e le corrispondenti ricadute nelle relazioni terapeutiche, tra individui e professionisti della salute<sup>6</sup> (Turner 2012).

Quanto detto apre ulteriori dimensioni problematiche che investono il rapporto tra corpi e (bio)tecnologie mediche (basti pensare agli sviluppi relativi alla fecondazione in vitro, al trapianto di organi, all'ingegneria genetica), rendendo sempre più evidente la labilità dei confini dei corpi e la loro stessa duttilità. Non di meno, il divenire risorsa economica del corpo nell'attuale contesto neo-liberista – proprio come conseguenza dello sviluppo delle biotecnologie e, come vedremo oltre, delle industrie farmaceutiche – ne ha portato alla luce nuove possibilità e contraddizioni, a partire dal suo essere spazio di creazione di significati e, al tempo stesso, significante culturale e sociale.

In risposta ai fenomeni osservati, l'insorgenza di nuovi movimenti sociali e politici fondati su istanze di liberazione, quali per esempio i movimenti femministi, ambientalisti, anti-globalizzazione e per la rivendicazione dei diritti delle persone di colore, lgbtqi e disabili, hanno avuto la forza di rilevare e denunciare le contraddizioni e le implicazioni interne a tali relazioni in mutamento, andando a costituire ulteriore stimolo alla riflessione sociologica sul corpo (Turner 2012).

---

<sup>6</sup> Turner individua anche altri mutamenti che avrebbero contribuito ad aumentare l'interesse di ricerca intorno al corpo. Tra questi: la globalizzazione delle epidemie e delle malattie (quali per esempio, l'AIDS o la SARS) e la tratta delle persone (Turner 2012).

Tuttavia, pur avendo acquisito la legittimità di oggetto di studio, il corpo – a partire dal suo essere “plasmato e plasmabile dall’organizzazione sociale” (Sassatelli 2002, 320; Crossley 1996) – è contraddistinto da intrinseca indeterminatezza: esso infatti richiede una continua negoziazione dei suoi stessi confini, ma anche delle discipline che se ne occupano, quali la sociologia, la storia, l’antropologia, la psicologia, le scienze biologiche (non è un caso che la stessa polisemicità caratterizzi il tema di ricerca qui scelto)<sup>7</sup>. Ciascuna di queste discipline, ognuna con le proprie specifiche declinazioni, ha infatti tentato di rispondere a domande quali: cosa è un corpo? Cosa *fa* un corpo? Cosa viene fatto *al* corpo? Quali significati, rappresentazioni veicolano i corpi? (Borgna 2005).

Per questo motivo, le elaborazioni sociologiche hanno sentito l’esigenza di approfondire, a partire dalla nozione di corporeità, le modalità attraverso cui gli individui esperiscono e definiscono i significati dell’essere e avere un corpo (Sassatelli 2002, 321; Crossley 1996). Inoltre, come osserva Sassatelli, le riflessioni teorico-sociali contemporanee hanno iniziato a considerare

“che l’attore sociale (...) è, a tutti gli effetti, un soggetto incorporato, un *embodied subject* e che l’*embodiment* (...) è una condizione imprescindibile dell’azione sociale. E la corporeità è a sua volta parsa come uno degli espedienti per cercare di integrare agire strumentale (o almeno prudentiale) e struttura sociale, spazi di libertà soggettiva e determinazione sociale, come nella teorizzazione dell’*habitus* di Pierre Bourdieu che riprende e sviluppa le classiche osservazioni di Mauss” (Sassatelli 2002, 322).

Le attenzioni dei sociologi del corpo si sono così focalizzate “sulle interazioni tra i soggetti (che sono sempre incorporati) e i fenomeni sociali, a partire da una concezione della materialità del corpo come un elemento plasmabile da, ma nello stesso tempo plasmante l’ambiente circostante, e capace di giocare un ruolo centrale nell’esercizio soggettivo di *agency* nel mondo” (Shilling 2012, XII).

Riconosciuto come il principale campo di attività politica e culturale nei sistemi sociali moderni – definiti non a caso da Turner come *somatic* (1992) – il corpo si rivela risorsa fondamentale nella creazione identitaria dei soggetti e dei valori culturali (Pitts Taylor 2008, XXII). Assumere che il corpo diventi un progetto individuale, come accade ai nostri giorni, significa accettare che il suo aspetto, la sua dimensione e le sue componenti siano potenzialmente soggette alla volontà di trasformazione, gestione e manutenzione da parte di chi quel corpo lo abita. Si tratta in altre parole di riconoscerne un significato concreto in

---

<sup>7</sup> Per questo motivo pur focalizzando l’attenzione su lavori a carattere sociologico, l’approccio interdisciplinare risulta non eludibile: nel corso della trattazione verranno quindi inseriti e segnalati riflessioni provenienti dai differenti ambiti disciplinari nominati.

quanto risorsa personale e simbolo sociale che trasmette significati culturali e identitari. In questo contesto, ogni parte del corpo e ciascun organo diventano entità malleabili e modellabili, affidati alla vigilanza e al lavoro dei loro proprietari (Shilling 2012, 6-7), ma anche dei più ampi sistemi socio-culturali.

Per questa ragione, i progetti di rimodellamento e di autotrasformazione del corpo (e, per suo tramite, del sé) si rivelano questioni non riconducibili al solo esercizio della libera scelta personale, ma presuppongono negoziazioni con l'ordine sociale che fornisce sistemi di significati utilizzati per agire, costruire, dare senso ai corpi. Tali sistemi, scrive Paola Borgna (2005, VI),

“sono in-formati da *rappresentazioni (o modelli) sociali* del corpo, di suoi aspetti e di sue funzioni: rappresentazioni quasi sempre implicite, condivise nei tratti fondamentali dai membri di una società, parte delle quali costruite e diffuse da attori specializzati, che esercitano una funzione normalizzatrice. I medesimo processi (...) sono *politici* nel senso più puro del termine, per il loro essere volti al controllo della varietà sociale”.

Il corpo si rivela lo spazio attraverso cui le relazioni di potere possono venire contestate o confermate e nella quale i significati simbolici e culturali che gli individui assegnano ai loro stessi corpi (e ai corpi altrui) si scontrano o si convalidano a contatto con i valori e le norme attraverso cui un'intera società pensa ai corpi.

In questo senso, la ricerca si è mossa trasversalmente alle tre dimensioni del corpo tracciate da Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987) nell'ambito dell'antropologia medica. Sempre prodotto di un particolare momento storico, artefatto contemporaneamente fisico e simbolico e contemporaneamente naturale e culturale, il corpo è “individuale”, quando inteso come esperienza soggettivamente vissuta; “sociale”, quando fa riferimento agli usi rappresentativi del corpo, in quanto simbolo attraverso cui pensare la natura, la società e la cultura (Douglas 1970). In terza battuta, è “politico”, quando fa riferimento al disciplinamento, alla sorveglianza e al controllo dei corpi (individuali e collettivi) nella riproduzione, nella sessualità, nel lavoro e nel tempo libero, nella malattia e in altre forme di devianza e di differenze umane (Scheper-Huges e Lock 1987, 7-8). Nonostante le autrici riconoscano a quest'ultima dimensione una maggiore capacità di suggerire come e perché i corpi siano socialmente prodotti, la ricerca ha messo in evidenza la necessità e l'utilità di intersecare continuamente le tre dimensioni nominate.

Tuttavia, è la dimensione politica che permette di fare riferimento al pensiero di Michel Foucault (1963; 1976), il quale analizza il corpo in quanto sede di investimento politico vero e proprio e campo di una radicale rideclinazione del rapporto tra potere e sapere.

Per Foucault, il corpo non solo acquisisce senso attraverso il discorso, ma è letteralmente costituito *dal* e *nel* discorso: svanisce come entità biologica, per diventare un prodotto creato socialmente, infinitamente malleabile e altamente instabile. Tra il XVII e il XVIII secolo, in coincidenza con lo sviluppo in senso capitalistico dell'economia, ogni livello della vita (sociale e individuale) è occupato da regimi discorsivi di sapere e potere, i "biopoteri". Essi gestiscono, organizzano e controllano i corpi, che diventano così "corpi docili", perché funzionali a ragioni economiche e politiche. I corpi docili si inscrivono all'interno dei regimi discorsivi dominanti e il soggetto, specularmente, descrive e costituisce se stesso utilizzando quegli stessi dispositivi di discorso. Il diritto, le istituzioni religiose e quelle deputate all'educazione, i saperi medici, la famiglia, gli eserciti sono espressione delle tecnologie politiche della vita che investono "il corpo, la salute, (...) l'intero spazio di esistenza", attraverso micropoteri che si esercitano nella quotidianità degli individui come politiche del corpo (Borgna 2005, 43). Tra questi Foucault individua quelli relativi alla sessualità, che troverà uno dei principali ambiti di azione nella medicina. Tale forma di potere si esercita attraverso dispositivi – o politiche del corpo – capaci di definire socialmente il corpo e colonizzarlo attraverso rappresentazioni culturali specifiche.

Nel corso della ricerca, è tuttavia proprio la definizione foucaultiana di "corpi docili" ad andare incontro ad una problematizzazione: nel rapporto che i soggetti della ricerca intrecciano con le biotecnologie di modificazione dei corpi (non solo di riassegnazione del sesso, ma anche plastiche, estetiche e cosmetiche), il lavoro empirico ha fatto emergere la molteplicità dei modi in cui essi agiscono sui propri corpi, all'interno di un rapporto contraddittorio ma allo stesso tempo attivo e positivo con tali modificazioni (Hines 2009a; Aizura 2010; Pitts Taylor 2002, 2007; Sassatelli 1998). Non solo: a contatto con l'esperienza di *trans embodiment* è lo stesso binomio potere/resistenza, che sostanzia buona parte del pensiero di Foucault (e in particolare la sua *Storia della sessualità*), ad andare incontro ad una maggiore complessificazione ad articolazione.

Non considerata da Foucault, la nozione di genere entra nel lavoro di Erving Goffman, in particolare nel suo *Gender Advertisements* (1976), nel quale essa è esplorata come oggetto di rappresentazioni quotidiane, potenti a tal punto da diventare "essenziali". Anche il corpo è un fenomeno socialmente costruito. Tuttavia, a differenza di Foucault che concentra la propria analisi sulle modalità con cui, attraverso i corpi, i poteri controllano gli individui e le popolazioni (assegnando dunque una natura prevalentemente passiva ai corpi), Goffman considera il corpo elemento integrante dell'agire umano. Non solo appartiene agli individui, che hanno il controllo delle loro performance e interazioni con altri corpi, ma i significati ad

esso attribuiti sono determinati da un vocabolario di linguaggi corporei condivisi, che eccedono il controllo individuale e che rappresentano una forma convenzionale di comunicazione non verbale (Goffman 1963). Nell'approccio di Goffman, dunque, i corpi hanno una duplice valenza: sono di proprietà degli individui, ma sono anche parte della società, inseriti in cornici istituzionali. Il corpo si rivela elemento di mediazione tra l'identità individuale e l'identità sociale delle persone. I significati sociali collegati a particolari forme e performance corporee tendono ad essere interiorizzati, fino a plasmare la percezione individuale del sé e l'identità personale.

Ancora, nello studio sulla costruzione sociale dei corpi trans è importante includere l'analisi di Goffman circa i processi di creazione dello stigma, ovvero quei processi utili per spiegare l'inferiorità degli individui che esprimono inadeguatezza rispetto alle aspettative sociali, sia dal punto di vista della condotta sia da quello degli attributi personali (Goffman 1963). Alla stigmatizzazione – che insieme alla patologizzazione, contribuisce alla creazione dello status di “non persone” – gli individui si sottraggono aderendo a meccanismi di “normificazione”, ovvero sforzandosi di apparire nei contesti sociali come persone “normali” (Goffman 1963). Il livello micro dell'analisi offerta da Goffman consente di osservare nel dettaglio come le persone utilizzino le tecniche del corpo per negoziare all'interno di situazioni quotidiane, attraverso azioni e codici simbolici (spesso stereotipati) il ruolo giocato dai corpi.

In questo senso anche il pensiero di Marcel Mauss (1936) costituisce un utile punto di riferimento: “tecniche del corpo” sono infatti quegli atteggiamenti e posizionamenti corporei storicamente definiti, ma anche i cambiamenti culturali operati “in relazione ad una sorta di sapere che si apprende, ma che anche si trasforma e si esprime per mezzo del corpo stesso. È attraverso queste stesse tecniche che se per un verso il corpo diviene tramite ed espressione dei processi di controllo e di disciplinamento, abbandonando così una – del tutto presunta – originale naturalità (il riferimento è evidentemente alla prospettiva foucaultiana), per un altro tali tecniche possono potenzialmente costituire i mezzi attraverso cui diventa pensabile un proprio percorso di autodeterminazione” (Fiorino e Gissi 2011, 10).

Allo stesso modo, la sociologia di Bourdieu ha fornito importanti strumenti concettuali con cui esplorare i diversi approcci ai progetti sul corpo (da un punto di vista individuale, sociale e politico). Bourdieu (1990) usa il termine *habitus*<sup>8</sup> per definire gli esiti del potere sul

---

<sup>8</sup> È stato riferimento utile la rielaborazione del concetto di *habitus* proposta da Scheper-Huges (1994, 128) come “tutte le abitudini apprese e tutte quelle tecniche somatiche che rappresentano l'arte culturale di utilizzare il, ed essere nel, corpo (e nel mondo)”.

corpo nel corso del tempo. Esso è una matrice della percezione, l'insieme delle pratiche e attitudini sociali incorporate dagli individui nel tempo, attraverso azioni, espressioni, pensieri socialmente situati, che diventano strumenti per modificare il mondo sociale, i quali, a loro volta, sono plasmati da questo mondo. L'*habitus* costituisce inoltre i limiti e le possibilità del singolo, ma è anche uno spazio di espressione di creatività: è per suo tramite che il soggetto agisce nei differenti "campi". Con il concetto di "campo", Bourdieu definisce la posizione sociale nella quale operano gli *habitus*. Tutti i campi, al di là delle loro proprietà specifiche, sono accomunati dal fatto di essere arene dominate dai conflitti per il controllo delle risorse indispensabili nel campo specifico; le risorse, per il cui possesso si creano conflitti all'interno dei campi, sono costituite da varie forme di capitale: economico, culturale, scientifico, simbolico, e così via.

Nel presente lavoro, il capitale di genere – inteso come lo spazio nel quale gli individui performano, negoziano e trasformano il maschile e il femminile – è risultato centrale ai fini della progettazione delle modificazioni corporee a disposizione degli individui che vivono l'esperienza di transizione (Bourdieu 1998). Seguendo il pensiero del sociologo francese, il corpo stesso è il capitale a disposizione delle persone transessuali e transgender, ma anche lo spazio sul quale si esprime la violenza simbolica del dominio maschile. Quest'ultimo, attraverso un secolare lavoro di costruzione simbolica, si iscrive storicamente sui corpi come operazione performativa di nominazione "che orienta e struttura le *rappresentazioni*, a cominciare dalle rappresentazioni del corpo (...). Esso si conclude e si compie in una trasformazione profonda e durevole dei corpi (e dei cervelli)" (Bourdieu 1999, 32). Seppur all'interno di un pensiero ancora saldamente legato ad un sistema binario dei generi, la visione di Bourdieu ha in tal modo saputo fornire importanti strumenti analitici per lo studio delle modificazioni dei corpi trans.

La prospettiva del corpo come capitale bourdieusiano rappresenta infine anche una risposta ideale ad alcuni aspetti critici del percorso proposto da Foucault (nel quale emerge anche la mancanza della prospettiva sessuata nel rapporto tra i poteri e i corpi resistenti). Sulla base dell'esperienza dei trattamenti ormonali o degli interventi chirurgici vissuta da alcuni testimoni, il corpo diventa infatti una risorsa dalla quale gli individui possono attingere, in un'ottica di affermazione di autodeterminazione e ricerca di maggiore benessere (e quindi non solo di normalizzazione o resistenza).

In conclusione, il lavoro qui presentato ha assegnato ai corpi transessuali e transgender un posto di rilievo, in quanto uno dei luoghi privilegiati al cui interno si plasma il discorso sociale, ma anche ambito "simbolico", "politico", di rivendicazione di spazi di diritto negati,

snodo di passaggio essenziale nella gestione del sé, delle identità e delle norme (Bourdieu 1998, Duden 2004, Goffman 1969). È inoltre da una prospettiva processuale che si è guardato all'esperienza di incorporazione trans: "L'incorporazione, infatti, indica un 'processo' corporeo continuamente in corso e non una condizione fissa e stabile, né uno 'stato psicofisico'. L'incorporazione non riguarda il 'corpo in sé', inteso come un oggetto di studio, ma fa riferimento ai processi storici di costruzione della corporeità e ai modi corporei di produzione della storia" (Pizza 2005, 40).

## 2.1 La sociologia del corpo (trans)gendered

Il tuo corpo, il corpo della *moltitudine* e le trame  
farmacopornografiche che li costituiscono sono laboratori  
politici,  
allo stesso tempo effetti di processi di assoggettamento e  
controllo  
e spazi possibili di azione critica e di resistenza alla  
normalizzazione.  
Paul B. Preciado, *Testo tossico*

A partire dagli anni Settanta, l'esplosione dei movimenti femministi ha rappresentato un fattore fondamentale di posizionamento del corpo al centro dell'analisi teorica<sup>9</sup>. Paola Borgna attribuisce opportunamente alla riflessione femminista – nonostante e grazie alle molte diverse accezioni che questa ha avuto – il merito di aver affermato due principi fondativi del pensiero contemporaneo sul corpo: il corpo non è "naturale"; il corpo è *il* luogo in cui si inscrivono i rapporti di dominio e subordinazione e, di conseguenza, anche sede di espressione del potere e di incessante lotta politica (Borgna 2005, 6-7).

È principalmente questo approccio ad essere stato utilizzato come lente analitica per il presente lavoro. A partire dagli anni Sessanta e per tutti decenni successivi, l'attenzione sull'esperienza incarnata delle donne prestata dalle analisi femministe ha infatti messo in evidenza la molteplicità dei modi con cui la sessualità e la corporeità sono state s-oggetti di disuguaglianza e subordinazione (Crossley 2012, 36). Il riconoscimento della non naturalità della relazione tra il sesso anatomico e il genere, ha portato, fin dal saggio di Gayle Rubin (1975) e alla sua formulazione di un *sex-gender system*, alla denuncia dei metodi con cui ogni società "trasforma la sessualità biologica in prodotto dell'attività umana" (Rubin 1975, 24), e

---

<sup>9</sup> Emblematico, come ricorda Crossley (2012, 35), che il testo collettivo statunitense *Our bodies, Ourselves* (1971), abbia venduto oltre 4 milioni di copie, contando più di venti traduzioni diverse in tutto il mondo.

costruisce un sistema binario gerarchico, materiale e simbolico, di esclusione del femminile, a favore di quello maschile.

Tuttavia, ciò che in una prima fase di analisi gli studi femministi non riescono a destrutturare è proprio l'idea del corpo come dato naturale (Oakley 1972; Duden 1994): utilizzando infatti la categoria di genere come costruzione e riflesso sociale e culturale della differenza sessuale, non è stata colta la possibilità di messa in discussione del concetto di sesso anatomico come realtà biologica (maschile o femminile) immutabile (Oudshoorn 1994). Il termine *gender*, com'è noto, è stato coniato nel 1952 dallo psicologo e sessuologo neozelandese John Money nella sua tesi dottorale per la Harvard University (*Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox*), il primo ad utilizzarlo nel trattamento dei bambini intersessuali. Tramite tale nozione Money applica una differenziazione tra sesso biologico e ruolo sociale e affida alle tecnologie biomediche e alla socializzazione il compito di far aderire i soggetti ad un ideale di corpo femminile o maschile<sup>10</sup>. Pochi anni più tardi, nel 1968, è uno psichiatra, Robert Stoller a riferirsi alla *gender identity* per indicare la non corrispondenza tra sesso (geni, ormoni, anatomia) e identità sessuale, facendo riferimento ai suoi studi sui disturbi dell'identità sessuale nelle persone intersessuali e transessuali (Stoller 1968).

Dalla metà degli anni Ottanta la codificazione del genere come proiezione “sociale” di ciò che attiene al “biologico” del sesso, inizia ad essere interpretata come un atto di reintroduzione di quegli stessi presupposti naturalizzanti contro i quali le riflessioni femministe avevano preso le mosse (Ellena e Perilli 2012, 259). In particolare, è grazie al famoso saggio della storica Joan Scott (1986; 2013), *Gender, a useful category of historical analysis*, che il genere inizia ad essere concepito e utilizzato come “terreno fondamentale al cui interno e per mezzo del quale viene elaborato il potere” (2013, 34). Non solo i binomi sesso-genere e maschile-femminile, ma anche quelli di natura-cultura, biologia-società iniziano così ad essere riconosciuti come dispositivi con i quali il sistema patriarcale ed eteronormativo trasforma in diseguaglianze sociali la presupposta ontologica differenza sessuale tra i corpi femminili e maschili (Saraceno, Piccone Stella 1996; Saraceno 1987; Leccardi 2002, 2016; Scott 1986). Un percorso d'analisi che porta, nel giro di pochi anni, a sostenere il carattere socialmente costruito non solo del genere, ma anche del sesso biologico, mettendo in discussione l'esistenza stessa del binarismo tra le pratiche sessuali e i generi (Fausto Sterling 1993; Harding 1996). Negli anni Novanta, è poi l'intero sistema

---

<sup>10</sup> Si veda anche oltre, paragrafo 3.



eteronormativo come regime politico (Sedgwick 1991) a diventare oggetto di una radicale critica a partire da un punto di vista femminista e *queer*. Nello stesso periodo, prende forma un diverso utilizzo del *gender*. Tra le prime teoriche a proporre il “genere” come categoria di analisi delle relazioni di potere tra i sessi c’è Teresa de Lauretis (1987), la quale, nel suo testo considerato fondativo dei *Queer Studies* afferma:

“Il genere non è un semplice derivato del sesso anatomico o biologico, ma una costruzione simbolica, una rappresentazione o, meglio, l’effetto combinato di innumerevoli rappresentazioni visive e discorsive che provengono dai diversi apparati istituzionali dello stato, quali la famiglia, la scuola, la giurisprudenza, la medicina ecc. (...) ma anche delle forme stesse della cultura (il linguaggio, le arti, la letteratura, la religione, la filosofia, il cinema, i media) che sono, appunto, tecnologie del genere” (de Lauretis 1999, 23; 1987).

Con de Lauretis anche Balsamo sostiene la non rintracciabilità del genere in alcun punto specifico del corpo (organi genitali, cromosomi, geni): esso è disseminato sui soggetti incarnati, materializzato su e attraverso questi in un *continuum* di discorsi, rappresentazioni, pratiche e *performance* (Balsamo 1996, 5). Nel lavoro di boicottaggio del sistema dualistico dei generi, Balsamo considera centrali le nuove tecnologie, mezzi materiali e discorsivi capaci di fornire tanto l’accesso agli *script* di genere, quanto le chiavi per la sottrazione da questi. La studiosa utilizza dunque la teoria della performatività dei generi, che prima di Butler (1990, 1993) aveva già utilmente elaborato Garfinkel (1967), fondamentale per comprendere come tanto i corpi maschili quanto femminili siano inestricabilmente coinvolti nella definizione e nella articolazione di sistemi di oppressione e controllo (de Lauretis 1999; Kessler e McKenna 1978, 2000; Haraway 1990; Kessler 1990).

Judith Butler mettendo a nudo attraverso il pensiero di Foucault “i limiti discorsivi” del sesso, definisce quest’ultimo un “ideale regolativo”: non solo una norma, ma “parte di una pratica discorsiva che produce i corpi che governa” (Butler 1996, 1). Nella posizione della filosofa americana, il sesso non costituisce una condizione statica del corpo, ma un processo di citazione prolungata nel tempo di norme regolative che vengono iscritte sui corpi che producono e controllano. La reiterazione di tale pratica (*performance*) stabilisce i limiti di scorrettezza (Butler 1996, 2) dei corpi sessuati, secondo un ordine eteronormativo: “(...) il regime dell’eterosessualità agisce al fine di circoscrivere e delineare la ‘materialità’ del sesso, e tale materialità è formata e sostenuta in qualità di materializzazione di norme regolative che sono, in parte, quelle dell’egemonia eterosessuale” (Butler 1996, 15). In questo modo Butler pone anche l’attenzione sul pericolo di perdita di intellegibilità che l’uscita dai limiti continuamente tracciati pone ai soggetti trasgressori (Butler 1990, 23). In questo senso la

filosofa riconosce all'esperienza transessuale e transgender la capacità di svelamento dei processi di costruzione e naturalizzazione del genere, così come della violenza sociale ed epistemologica del binarismo sessuale (Butler 1990).

Tuttavia l'inefficacia di queste norme – continuamente impegnate a produrre, riprodurre, stabilire e naturalizzare cosa è “uomo” e cosa è “donna” – è rappresentata secondo Butler dalla necessità stessa della reiterazione, e costituisce la possibilità stessa della loro sovversione e decostruzione (Butler 2004).

Nel secolo successivo, è la stessa categoria di genere ad essere messa in discussione all'interno delle produzioni femministe e *queer* (Preciado 2000, 2008; Butler 2004), le quali accentuano la destrutturazione del corpo “naturale” lasciata sospesa dalle prime riflessioni femministe. È in questa fase che le biotecnologie del corpo acquisiscono importanza non solo in quanto tecniche del corpo funzionali alla moltiplicazione delle possibilità di esperire il corpo *gendered* (de Lauretis 1987), ma anche come strumenti capaci di ridisegnare “senza sosta le frontiere fra i generi” (Preciado 2015, 112). Da questa prospettiva, il concetto di genere, “generatore di confini e norme (a livello simbolico, sociale, materiale)”, diventa uno strumento analitico fondamentale per la trasgressione di queste stesse delimitazioni (Bellè, Poggio e Selmi 2012, 1; Connel 2002).

In tale passaggio il lavoro di Paul B. Preciado risulta essenziale: per Preciado il corpo è una costruzione, una piattaforma e un “campo di molteplicità aperta alla trasformazione” e il soggetto – che è sempre politico – si costituisce come esito dell'applicazione di precise tecniche. Riflettendo proprio sull'esperienza di trasformazione dei corpi e di modificazione di genere, Preciado interpreta il genere come una “tecono-ecologia politica”, e la sua percezione come una fiction “somatopolitica prodotta da un insieme di tecnologie di addomesticamento del corpo” (Preciado 2015, 105). Egli definisce la cornice socio-politica contemporanea “regime farmaco-pornografico”, facendo riferimento ai processi di gestione bio-molecolare (farmaco) e semiotico-tecnologica (pornografico) di produzione dei corpi e della soggettività. Questa ha seguito il regime disciplinare/biopolitico (XVII-XX secolo) di matrice foucaultiana e, a partire dal secondo dopoguerra, ha visto la nascita della nozione dei generi e la trasformazione delle tecniche di micro-controllo della sessualità e della riproduzione dei corpi. Tale contesto sembra essere dominato da un insieme di tecnologie del corpo (biotecnologie, chirurgia, endocrinologia, farmacologia) e della rappresentazione (fotografia, cinema, televisione, cibernetica...) che permeano la vita quotidiana come mai era accaduto in precedenza. Si tratta di tecnologie biomolecolari, digitali e di trasmissione di informazioni ad alta velocità: leggere, viscosi, gelatinosi, iniettabili, aspirabili, incorporabili (un esempio è

rappresentato dal testosterone in gel e dall'ampliamento del mercato cui è andato incontro). Preciado, con Zygmunt Bauman, definisce la condizione attuale come una forma sofisticata di controllo "liquido" (Preciado 2015). Nel regime farmacopornografico i corpi non vengono normati e disciplinati attraverso le istituzioni totali, al contrario sembrano godere di libertà infinita. Ciò è possibile perché le tecnologie attuali agiscono secondo forme di micro-controllo, si insinuano dentro i corpi che intendono controllare, diventano da essi inseparabili, perché con essi si fondono fino a diventare soggettività. L'analisi di Preciado è particolarmente interessante perché inserisce il processo di modificazione di genere all'interno nel contesto neo-liberista, nel quale il rapporto tra soggetti e saperi medici non è più circoscrivibile alla dialettica resistenza/controllo, ma registra uno spostamento di prospettiva verso la complicità e la negoziazione dei soggetti. È proprio questo ruolo attivo che permette di porre l'accento sulla necessità di riappropriazione delle tecnologie di produzione di soggettività, attraverso un coinvolgimento diretto nella circolazione e nell'interpretazione dei "bio-codici somato-politici" (Preciado 2015, 116).

L'utilità di tale articolazione teorica si è evidenziata in particolare in riferimento al processo di re-invenzione e ri-produzione dei corpi attraverso l'assunzione di ormoni. Preciado – il quale vive e descrive in prima persona un processo di modificazione di genere verso il maschile – invita i soggetti a "intervenire intenzionalmente (...) fino a ottenere forme percorribili di incarnazione del genere, di produrre una nuova piattaforma sessuale e affettiva, né maschile né femminile" (Preciado 2015, 128-129).

Il lavoro di Preciado è stato, per la presente ricerca, un importante ponte teorico tra i lavori femministi e *queer* che hanno inteso approfondire la categoria del genere e le modalità con cui quest'ultima si è inscritta nei corpi segnando – insieme ad altre differenze quali la "razza" e la classe sociale – linee di disuguaglianza ed emarginazione, e i lavori che hanno declinato tale patrimonio di ricerche nella declinazione "trans" dell'esperienza corporea del genere.

Porre l'attenzione sul corpo, all'interno di una ricerca che contiene in sé l'esperienza dell'attraversamento dei confini non solo del corpo stesso, ma dei generi e delle dicotomie strutturanti le società occidentali contemporanee, equivale ad accogliere appieno le potenzialità euristiche, metodologiche e politiche che la stessa categoria di genere suggerisce, superando la sua interpretazione in chiave dicotomica. Le persone transessuali e transgender incarnano, con le loro vive esperienze, tale sconfinamento. L'esistenza di persone la cui vita e i cui corpi eccedono il binarismo di sesso/genere problematizza e sovverte radicalmente gli approcci teorici sui quali si è strutturato l'Occidente contemporaneo. Attraverso tali

esperienze, recenti indagini sociologiche femministe sono arrivate ad ipotizzare un pluralismo di sessi e generi, così come la fine del binarismo che li lega storicamente (Monro 2000; Hird 2000). Analogamente, Lorber (2000) auspica una “degenerizzazione” (*degendering*) della società, ovvero uno spostamento verso una società non più basata su un “ordine” e un sistema di categorizzazione di genere, creatore di disuguaglianze sociali: “undoing gender”, dovrebbe essere, nella visione della studiosa, l’obiettivo definitivo dei femminismi.

Nonostante ciò, le ricerche sociologiche dedicate all’esperienza soggettiva di incorporamento della modificazione di genere hanno tendenzialmente minimizzato l’importanza del nesso corpo-soggettività. Addirittura, per lungo tempo la sociologia, sotto l’influenza del paradigma medico, ha interpretato il transessualismo sulla base di teorie dello sviluppo della personalità più o meno normative (Sassatelli 2005, 8). È stato Harold Garfinkel (1967) il primo sociologo a discostarsene. In un capitolo del suo *Studies in Ethnomethodology* Garfinkel descrive il caso di Agnese, una donna ventenne dall’aspetto completamente femminile, ma con genitali maschili, che giunge nel 1958 nel dipartimento di Neuropsichiatria dell’Università di Los Angeles (dove l’autore collabora con Robert Stoller) con la richiesta di poter vivere una sessualità femminile. In cambio dell’intervento di riassegnazione di sesso, Agnese accetta di farsi studiare come “caso clinico” da Garfinkel: nelle molte ore di colloquio con la ragazza, il padre dell’etnometodologia arriva così ad elaborare la sua convinzione del carattere “routinizzato” (e non biologico) delle aspettative che costituiscono il genere. Quest’ultimo è dunque una *performance*, un “fare” che viene convalidato nella vita quotidiana in base a retoriche e pratiche con cui i soggetti affermano continuamente di essere “veri” uomini e “vere” donne. In questo modo Garfinkel traccia una delle prospettive più innovative dell’etnometodologia: “è attraverso pratiche di spiegazione ‘incarnate’ che i soggetti creano continuamente la realtà sociale” (Sassatelli 2005, 23).

Successivamente, altri studi hanno approfondito le modalità con cui il corpo viene utilizzato per *fare* o *dis-fare* il genere, per costruire processi di esclusione e normalizzazione (Butler 2004; Bolin 1988; Ekins 1997; Kessler and McKenna 1978), e altri ancora ne hanno descritto le modalità di alterazione per mezzo delle tecniche chirurgiche come espressione di identità, ma anche inautenticità e cedimento al paradigma patriarcale (Billings e Urban 1982; Hausman 1995; Raymond 1979).

Sono invece quasi inesistenti i lavori sulle esperienze e i processi corporei di trasformazione dei corpi. Nelle poche e recenti ricerche disponibili (Davy 2011; Hines 2007; Shrock et al. 2005; Rubin 2003; Namaste 2005) è emerso con evidenza come il corpo non solo non sia un oggetto distinto dalla soggettività, ma come i progetti stessi di modificazione

del corpo si qualificano come veri propri processi di creazione di soggettività. Il presente lavoro si è mosso nel solco di tali indagini, dando priorità alla convinzione che le questioni che l'esperienza trans fa emergere riguardano innanzitutto la materialità del corpo e il processo di costruzione di soggettività all'interno di uno scambio continuo tra il sé e la società circostante (Hird 2002).

Un'ultima osservazione, preliminare alla riflessione sulla biomedicalizzazione dei corpi trans, riguarda in particolare i significati che in tale contesto vengono assegnati ad alcune parti del corpo e alle modificazioni su queste progettate. Nel caso dei genitali, *marker* di genere tanto sociali quanto biologici, è interessante osservare come la trasformazione farmacologica e chirurgica riporti al centro la non separatezza della performance *gendered* in rapporto al corpo materiale che la incarna. Considerando la definizione che Kessler e McKenna (1998) hanno sviluppato per il concetto di genitali culturali (i genitali che si presuppone le persone debbano avere), Crocetti osserva (2012, 296):

“Il *queering* – ovvero la modificazione – dei genitali parte della soggettività trans e ridefinisce l'anatomia in base alla sua funzione sociale. In questo caso non ci stiamo riferendo ai genitali culturali, immaginati dall'esterno, ma ai genitali fisici. Il *queering* dei genitali fa una doppia operazione, mette in discussione il linguaggio di genere utilizzato per i genitali, e mette in discussione l'applicazione di genere sull'uso dei genitali. Abbiamo notato prima che la differenza dei genitali sta nella forma e nell'uso, non nella funzione. L'uso dei genitali, e le pratiche del corpo di genere, seguono anch'essi uno *script* di genere”.

Citando Butler, afferma utilmente Preciado a questo proposito che: “il pene e la vagina sono biocodici di regime. Sono ideali regolatori, finzioni politiche che trovano nella biosoggettività individuale il loro supporto somatico (Preciado 2015, 93; Butler 2001).

L'incorporamento trans nell'età postmoderna assume come strutturale il fatto che il corpo materiale, per essere soddisfacentemente (e socialmente) performato, possa usufruire di un consistente apporto di trattamenti medico-chirurgici ed estetici. In tale consapevolezza si compie uno spostamento fondativo dell'esperienza della percezione corporea transessuale e transgender: da corpo biologico portatore di un destino sessuato “naturale” e incontestabile e, in quanto tale, gravido di problematicità, a corpo tecno-modificato, piattaforma di sperimentazione di possibilità, di re-invenzione e (perché no) luogo di espressione di felicità ed euforia<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> È indicativo che di “euforia di genere” parlino sia Susan Stryker (2007) sia Porpora Marcasciano (nell'intervista per questa ricerca e nel capitolo quinto): le due principali esponenti del mondo transessuale e transgender rispettivamente americano e italiano, intendono con tale definizione sottolineare il significato contrario rispetto a “disforia”, con la quale il DSM-V e in generale il mondo medico è solito riferirsi alla condizione transessuale.

Quanto detto spiega in parte le ragioni per cui, oggi, l'esperienza transessuale è diventata emblematica della possibilità di trasformazione dei corpi (oltre che della molteplicità dei generi), grazie alla complicità – o sotto il controllo? – delle biotecnologie esistenti (endocrinologiche, chirurgiche, estetiche, cosmetiche). È per loro tramite e attraverso i significati loro assegnati nel percorso di transizione e ridefinizione somatica e di genere, che l'esperienza individuale del corpo si intreccia inestricabilmente con il corpo sociale e politico (Lock e Scheper-Huges 2001).

Accogliendo l'indicazione di Shilling il quale, riferendosi al corpo come “progetto” e spazio di scelte ed opzioni (agite e subite), suggerisce l'utilità dell'osservare tale divenire in relazione alla chirurgia plastica, si è scelto di ricorrere anche alle analisi sociologiche che si sono dedicate al rapporto tra il corpo e le modificazioni apportate per mezzo di tale specifica tecnologia medica (Hassard e Holliday 2001; Borgna 2005; Fusaschi 2011; Turner 2012; Shilling 2004 e 2012). Il tentativo è quello di declinare la ricchezza di tali ragionamenti con le specifiche caratteristiche del contesto del cambio di sesso: “Men and women go under the knife to alter their bodies all the time, why should trans people be treated differently about it?”<sup>12</sup>.

In particolare, l'esperienza della modificazione corporea per il tramite delle biotecnologie mediche porta alla luce il paradosso della supposta equivalenza – concepita nel contesto delle società occidentali moderne e alla base del canone del “corpo sbagliato” – tra corpo “normale” e “naturale”: le persone trans che intraprendono interamente l'iter standard di riassegnazione del sesso, sottoponendosi a interventi di demolizione/ricostruzione dei caratteri “sessuali”, vanno incontro ad un processo di invisibilizzazione che ha la finalità di rendere “normali” e socialmente “leggibili” i loro corpi, con pratiche di disciplinamento che nulla hanno a che vedere con la nozione di corpo “naturale”.

In tale contesto la ricerca ha anche incrociato la riflessione della teorica e attivista transgender Judith Jack Halberstam, la quale suggerisce che il pensare agli interventi di modificazione di genere in termini di procedura “cosmetica” che ri-organizza il corpo in maniera tale da farlo aderire meglio all'immagine di sé, costituisce un modo per sganciare il desiderio di chirurgia dal discorso medico (e patologizzante) del “corpo sbagliato”<sup>13</sup>.

In questo senso la chirurgia viene quindi interpretata come una biotecnologia del corpo finalizzata al miglioramento estetico e mai nella sua accezione curativa: un approccio che ha permesso di affrontare il discorso relativo alla medicalizzazione in maniera non

---

<sup>12</sup> <http://rachaels-project.tumblr.com/>.

<sup>13</sup> Per analoghe interpretazioni cfr. a Nataf (1996) e Califia (1997).

patologizzante e limitante rispetto alla pluralità di approcci e desideri con cui le persone si rivolgono alla chirurgia di modificazione corporea nel transito di genere, e che non possono essere ricondotte – pena la riproposizione di esclusione – agli schemi binari di maschile/femminile, autentico o naturale/artificiale, normale/patologico. Il ricorso alla letteratura sulla chirurgia estetica, e il lavoro di Ruth Holliday in particolare (2001; 2006; 2007), ha reso possibile anche osservare come i meccanismi di disciplinamento dei corpi agiscano trasversalmente ai generi e, dunque, anche e soprattutto all’altezza della costruzione estetica della mascolinità, rivelando l’esistenza di pratiche di controllo, normazione, ma anche consumo capitalista non così diffusamente indagati (Holliday 2001; Pitts Taylor 2002; Bordo 1993).

Di tale discorso, si sono anche voluti mettere in luce i rischi che un’eccessiva privatizzazione del corpo e delle prestazioni sanitarie – risultato del processo di individualizzazione in atto nelle società contemporanee – potrebbe presentare in termini di responsabilizzazione dei singoli (Bauman 1998; Beck e Beck-Gernsheim 2002).

In conclusione, l’analisi delle tecnologie di modificazione chirurgica ed estetica dei corpi ha reso possibile esplicitare ulteriormente la natura molteplice delle strategie di trasformazione dei corpi trans (Feinberg 2006; Serano 2007; Stryker 2008), a partire da un posizionamento teorico accogliente rispetto a ipotesi depatologizzanti dell’esperienza trans. L’approccio non patologizzante è in effetti ispiratore di nuove politiche capaci di prescindere dal binomio patologia/cura (capaci cioè di contemplare la possibilità di un accesso alle terapie non mediato dalla diagnosi).

### **3. La biomedicalizzazione dei corpi trans**

I “miei” testicoli sono un flaconcino di 250 milligrammi di testosterone che porto nello zaino.

Il punto non è che i “miei” testicoli sono fuori del mio corpo, quanto piuttosto che il “mio” corpo sia al di là della “mia” pelle, in un luogo che non può essere pensato come semplicemente mio.

Il corpo non è proprietà, ma relazione.

L’identità (sessuale, di genere, nazionale o razziale) non è essenza,

ma relazione. I miei testicoli sono un organo politico che abbiamo inventato collettivamente e che ci permette di produrre una forma intenzionale di mascolinità sociale: un insieme di modalità d’incarnazione che, per convenzione culturale, noi riconosciamo come mascholine.

Paul B. Preciado, *Testo tossico*

Il lavoro si è accostato ad un'altra cornice teorica di riferimento, ovvero quella che tiene insieme, come due aspetti opposti dello stesso discorso, il paradigma medico che ha definito la transessualità come patologia e le analisi sociologiche che più in generale si sono occupate dei processi culturali legati alle pratiche della salute e del benessere. Il primo aspetto è stato preso in considerazione in forza della centralità che l'apparato medico-scientifico si è storicamente auto-assegnato nella gestione della transessualità come condizione di devianza e a-normalità (presupponendo l'esistenza di una condizione originaria, sana, autentica, normale).

Suonano particolarmente appropriate in questo senso le riflessioni di Paola Borgna, quando individua nella medicina *“una delle principali fonti di costruzione delle rappresentazioni sociali del corpo, di alcuni suoi aspetti o funzioni, oltre che, naturalmente, del corpo stesso”* (Borgna 2005, 59, in corsivo nel testo). La traduzione in termini medici dell'esperienza transessuale affonda infatti le radici nell'assunzione che essa incarni – sia dal punto di vista della condotta sia soprattutto da quello degli attributi personali (Goffman 1963) – l'anomalia patologica presente nella norma eterosessuale che regola i ruoli tra i generi sul piano sociale.

In questo paragrafo si intende dunque focalizzare l'attenzione sulle teorie e le procedure che hanno contribuito a formare e consolidare il paradigma medico – il paradigma che si è imposto come dominante nella conoscenza della condizione trans nelle società occidentali moderne. Tali riflessioni verranno poi accostate alle analisi di quelle/gli studiose/i che per primi hanno riconosciuto nella medicina un dispositivo di controllo e regolazione dei corpi e, più nello specifico, dei corpi transessuali e transgender.

Proprio l'egemonia del modello medico-biologico nella trattazione della (trans)sessualità ha rappresentato una delle ragioni della scarsa attenzione – fino in tempi recenti – dedicata dalla sociologia alle tematiche di genere e della (trans)sessualità. Affermano Ekins e King (1996, 75): *“(...) medical perspectives stand out as the culturally major lens through which gender blending may be viewed in our society. Other perspectives must take medical perspectives into account whether they ultimately incorporate, extend or reject them”*.

Come hanno chiaramente illustrato gli storici della sessualità, e Foucault (1976) in particolare, a partire dal XIX secolo i saperi medici hanno progressivamente occupato una posizione predominante nell'ambito della conoscenza di tale aspetto della vita umana e, in particolare, nella classificazione di quelle sessualità considerate devianti dalla norma binaria eterosessuale. Benché fenomeni di travestitismo e di *cross-dressing* siano presenti anche in epoche precedenti (Feinberg 1996; Benadusi 2008; Schettini 2012), è la modalità con cui in



epoca moderna le esperienze di ambiguità sessuale e di genere entrano negli interessi degli scienziati a cambiare il modo di “vederle”, nominarle e gestirle.

Lo studio del transgenderismo riconosce nel docente di psichiatria e neurologo Richard von Krafft-Ebing e nel sessuologo Magnus Hirschfeld i suoi padri fondatori (entrambi di origine tedesca). Il testo di von Krafft-Ebing *Psychopathia Sexualis* (1894) è infatti il primo lavoro sistematico di classificazione e categorizzazione di comportamenti sessuali devianti (cui questo studioso fa corrispondere altrettante diagnosi). Al suo interno non esiste ancora una netta divisione tra transessualità e omosessualità, come si troverà pochi anni più tardi nel lavoro di Hirschfeld. Promotore della prima organizzazione per i diritti degli omosessuali nel 1897 (*Wissenschaftlich-humanitäres Komitee*), nel suo *Die Transvestiten* (1910) egli definisce il transgenderismo come un fenomeno complesso, non riducibile all'omosessualità o ad altre forme di psicopatologia. Le idee di Hirschfeld verranno successivamente riprese dal suo più giovane collega Harry Benjamin, destinato a diventare una figura chiave per il trattamento della transessualità.

È dunque proprio la nascita della moderna sessuologia occidentale tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo a problematizzare e patologizzare – attraverso un processo di classificazione, definizione e normazione – nuove forme di “inversioni” sessuali<sup>14</sup>. In questo processo definitorio, la transessualità inizia ad essere distinta dall'omosessualità e dal travestitismo mentre, nello stesso periodo, si sperimentano nella completa mancanza di protocolli i primi rudimentali interventi chirurgici di cambio di sesso<sup>15</sup>.

La stessa origine della parola “transessuale” è un esempio dell'autorità dei saperi medici sull'esperienza trans: essa è coniata nel 1949 da un medico, David Cauldwell, che la inserisce in un articolo pubblicato sulla rivista *Sexuology* dal titolo – evidentemente evocativo rispetto all'opera di Krafft-Ebing – *Psychopathia Transsexualis*, nel quale si espone il caso di una ragazza che desidera ossessivamente essere un ragazzo. La parola è divenuta poi di uso comune nel 1953 dopo la pubblicazione del lavoro dell'endocrinologo americano Harry Benjamin, *Transvestism and Transsexualism* sull'*International Journal of Sexuology*, ma soprattutto dopo la pubblicazione da parte di Benjamin del libro *The Transsexual Phenomenon* (1966). È con Benjamin dunque che l'intervento sulla transessualità – che il

---

<sup>14</sup> Anche la storia di Herculine Barbine, nel quale Michel Foucault si imbatte nel corso del suo studio sulla storia della sessualità, si sviluppa a metà Ottocento. Per lo storico francese le memorie di quello che venne allora definito un ermafrodito rappresentano con grande chiarezza il discorso medico dell'epoca (Foucault 2007).

<sup>15</sup> Lili Elbe, artista danese soggetto del recente film *The Danish Girl*, tratto dall'omonimo romanzo di David Ebershoff (2001), fu la prima persona a sottoporsi a terapia ormonale e interventi chirurgici per il cambio di sesso nel 1930, proprio sotto la supervisione di Magnus Hirschfeld. Morì nel 1931 in seguito ad un intervento di trapianto di utero (dopo essersi precedentemente sottoposta agli interventi di asportazione dei testicoli, trapianto di ovaie e asportazione delle stesse per rigetto).

medico si preoccupa di distinguere dal travestitismo – diventa tanto diagnostico quanto curativo (Hines 2007, 11).

Quasi contemporaneamente, nel 1955, il sessuologo John Money, incaricato del trattamento di neonati intersessuali, inizia ad utilizzare la nozione di *gender* come strumento clinico e di diagnosi<sup>16</sup>. Come opportunamente osserva Preciado, è in questa congiuntura di assegnazione e riassegnazione che diventa evidente il paradosso dei processi definitivi e terapeutici: mentre Money “manomette” il corpo dei neonati per forzarlo a rientrare nella categoria di genere “maschile” o “femminile”, Benjamin somministra terapie ormonali a pazienti che affermano di non identificarsi con il genere assegnato alla nascita, al fine di riassegnare loro quello “giusto”. Da una parte si applica un criterio di riconoscimento visivo per l’assegnazione univoca e definitiva di un sesso considerato verità scientifica e dunque certa, diventata realtà tramite la semplice enunciazione (“è maschio”, “è femmina”, si diceva al momento della nascita un tempo, dell’ecografia oggi) (Butler 1990; Kessler 1995; Fausto-Sterling 2000). All’opposto, si sostiene l’idea che esista un “sesso psicologico”, diverso da quello assegnato alla nascita, per il quale un individuo è spinto a definirsi “uomo” o “donna”.

La creazione del dualismo sesso-genere di Money, in cui il sesso biologico è strettamente connesso con l’espressione di genere, è quella che Judith Butler ridefinisce criticamente “matrice eterosessuale” (1990). In essa la filosofa riconosce il ruolo giocato dall’apparato medico-legale nel produrre e naturalizzare il sesso biologico, al quale viene fatto corrispondere un corpo sessuato e un’identità/ruolo sociale di genere. Il processo di differenziazione sessuale messo in atto dalle autorità mediche riconosce nella presenza/assenza di pene il criterio per l’assegnazione del sesso, cui applicare dicotomicamente un genere maschile o femminile.

Non è un caso che, nello stesso periodo, i biologi inizino a distinguere e nominare i caratteri determinanti del genere di un corpo: oltre ai genitali (o caratteri sessuali primari), essi riconoscono i cromosomi, le gonadi, gli ormoni sessuali e i caratteri sessuali secondari (Fausto-Sterling 2000).

A partire dagli anni Sessanta, molte sono le ricerche sulla transessualità che contribuiscono a consolidare nella comunità medico-scientifica occidentale l’idea che il sesso biologico e il genere, in quanto fattore socio-psico-culturale, debbano essere considerati separatamente, pur rappresentando il secondo la proiezione del primo. Tra queste si ritrova lo

---

<sup>16</sup> Il più noto “caso” cui il nome di Money è correlato (siamo negli anni Sessanta) è quello di “John/Joan”, il bambino che il medico “trasformò” in bambina. La storia di Bruce/Brenda (i veri nomi assegnati al protagonista) è stata raccolta e raccontata nel 2000 dal giornalista John Colapinto nel libro *As nature made him. The Boy Who Was Raised as a Girl*.

studio dello psichiatra americano Robert Stoller, *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity* (1968), nel quale l'espressione *gender identity* definisce la non coincidenza tra i due elementi del binomio.

Il riposizionamento teorico di questo periodo diffonde la convinzione che la chirurgia genitale per le persone transessuali costituisca in sé la possibilità di emersione del “vero” sé, andando così a rafforzare ulteriormente il peso dei saperi medici. Affermano Ekins e King (1996, 94): “Thus, it was no longer necessary to claim a biological cause of transsexualism in order to legitimise changing sex. If gender is immutable, even though psychologically produced, and if harmony between sex and gender is a precondition of psychic comfort and social acceptability, it ‘makes sense’ to achieve harmony by altering the body”.

Benjamin e Money hanno dunque avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo del concetto di *gender dysphoria*, che a partire dagli anni Settanta inizia a comparire nelle pubblicazioni scientifiche al posto di quello di “transessualità”. È all'interno di tale designazione che si sviluppa la convinzione che coloro che si sottopongono a modificazioni ormonali e chirurgiche per cambiare il proprio genere vivano intrappolati nel “corpo sbagliato” (Hines 2007, 11). Ed è tramite questa visione che si innesca il processo diagnostico e terapeutico tutt'ora in vigore (nonostante alcuni cambiamenti già accennati nel primo capitolo).

Nel 1980 il “transessualismo” viene così inserito nella terza edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), all'interno del capitolo riguardante i disturbi psicosessuali. La categoria di *Gender Identity Disorder* (GID) diventa applicabile a quei soggetti che in modo continuativo – da almeno due anni – mostrino un particolare interesse a modificare la propria anatomia sessuale. Nell'edizione successiva del 1994, il DSM-IV, scompare il termine “transessualismo” e il GID viene inserito nella categoria dei “Disturbi sessuali”, con la sottocategoria dei “Disturbi dell'identità di genere”. I criteri di diagnosi sono rintracciabili – secondo il DSM – in una forte e persistente identificazione con il sesso opposto; costante malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso; disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti. Infine, nel 2013, la più recente edizione del DSM (DSM-V) ha rinominato la patologia come “disforia di genere”<sup>17</sup>.

La costruzione di una categoria diagnostica è stata di poco preceduta nel 1979 dalla formulazione degli *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (da parte della Harry

---

<sup>17</sup> Si rimanda anche al primo capitolo e al paragrafo 1.1 di questo capitolo per i significati legati a tale cambiamento linguistico e diagnostico.

Benjamin International Gender Dysphoria Association – HBIGDA, nel 2001<sup>18</sup>). Si tratta di dettagliati e standardizzati criteri di diagnosi e trattamenti clinici indirizzati a livello internazionale a sessuologi, psichiatri, psicologi ed endocrinologi, cui diventa da quel momento necessario fare riferimento per poter accedere alle tecnologie mediche (ormonali e chirurgiche) di modificazione del genere.

Nonostante i cambiamenti intervenuti nella comunità scientifica dal 1979 ad oggi, in termini tanto definitivi quanto terapeutici, le prospettive lungo le quali si sviluppano i discorsi e le pratiche mediche non sembrano ancora allontanarsi radicalmente da queste posizioni. Continua infatti a risultare prevalente una visione binaria, eteronormativa, patologizzante e medicalizzante, che assegna alle figure medico-legali un ruolo centrale nel processo di legittimazione e “cura” della condizione trans, finalizzata alla “restituzione” del “vero” corpo e dell’identità negata. Ancora, ampio spazio decisionale è lasciato ai *gatekeepers* i quali stabiliscono le loro modalità di intervento sulla base alle capacità del “paziente” di presentare se stesso (in altre parole, di autodiagnosticarsi), e/o su criteri meramente estetici. Non è un caso, dunque, che i genitali, in quanto *marker* di genere, siano stati a lungo al centro del processo decisionale di medicalizzazione, insieme agli altri caratteri sessuali, definiti “primari” o “secondari” attraverso una scala valoriale arbitrariamente decisa dai saperi medici (Kessler 1998; Fausto-Sterling 1993; Crocetti 2012).

Tutto ciò conferma il binarismo alla base dei criteri medici (successivamente convalidato da quelli legali). Per il loro tramite si è infatti strutturato una sorta di copione, cui la persona che desidera modificare il proprio corpo e il proprio genere è tenuta ad attenersi (come la storia di Agnese narrata da Garfinkel ben illustra [1967]), in cui molto ridotto, se non inesistente, è lo spazio lasciato alla varietà dei vissuti e delle esperienze incarnate<sup>19</sup>. Al loro posto, registri narrativi “complici” del discorso medico, risposte “giuste”<sup>20</sup> – ovvero strategicamente aderenti al canone del “transessuale imprigionato nel corpo sbagliato” – come *passe-partout* per l’accesso agli iter di riassegnazione di sesso, e quindi per l’ottenimento di una diagnosi e del conseguente diritto ad usufruire delle tecnologie mediche di cambio di

---

<sup>18</sup> Poi diventata nel 2006 World Professional Association of Transgender Health (WPATH). Gli *Standard of Care for Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* sono giunti oggi alla settima edizione (d’ora in poi nel testo anche come SOC-7).

<sup>19</sup> In particolare, la fase “indagatoria” delle figure cliniche si svolge nel periodo del cosiddetto *Real Life Test* (test di vita reale): esso consiste nella richiesta rivolta ai “pazienti” che intendono cambiare sesso di vivere un periodo da un anno a sei mesi nei “panni” del genere desiderato prima di poter accedere ai trattamenti chirurgici. In termini foucaultiani, si potrebbe assimilare tale fase al momento della confessione, inteso come dispositivo di creazione – e controllo – della sessualità da parte degli stessi individui (Foucault 1976).

<sup>20</sup> Stone (1991) racconta come fin dalle origini di tale procedura siano esistite strategie di comunicazione e contro-informazione tra persone trans, finalizzate a far circolare le risposte “giuste” alle domande degli *Standard of Care*.

Sesso (Stone 1991; Arfini 2007)<sup>21</sup>. Rientrano in questo copione, per esempio, una precisa memoria d'infanzia come momento eziologico della disforia di genere; il desiderio di *passing* (cioè, di essere scambiati per una persona del genere opposto); un orientamento eterosessuale (corrispondente al genere desiderato); il rifiuto dei propri genitali e dunque la volontà di intervenire chirurgicamente su essi affrontando un completo percorso di transizione.

È in questo senso dunque che il corpo delle persone transessuali e transgender diventa anche campo di una battaglia discorsiva e di una continua negoziazione dei termini della discussione (Roen 2002, 142). La costruzione dell'esperienza transessuale come patologia – e la sua conseguente medicalizzazione – inserisce nel rapporto tra i soggetti e i “tecnici” responsabili della gestione delle modificazioni di genere una tensione che emerge con grande chiarezza dal lavoro empirico e costituisce ancora oggi un tema centrale nella vita delle persone trans.

Nei precedenti paragrafi tale tensione è stata problematizzata a partire dalle teorizzazioni sviluppate dagli studi femministi, e dai *Gender e Transgender Studies*. È tuttavia necessario e utile considerare l'apporto dato dagli studiosi che per primi hanno analizzato nello specifico il ruolo della medicina come forma di sapere finalizzata al controllo, alla regolazione e alla produzione dei corpi, e approfondito i meccanismi sociali di costruzione, definizione e gestione dei soggetti considerati devianti in ragione delle patologie loro attribuite o sviluppate. Negli anni Cinquanta è stato il sociologo americano Talcott Parsons a definire il malato come figura deviante rispetto all'integrazione nel sistema sociale e come minaccia al funzionamento di quest'ultimo a causa della sua impossibilità – proprio in quanto malato – di ricoprire i ruoli tradizionalmente assegnati<sup>22</sup> (Parsons 1951). A tale forma di anormalità pone rimedio la medicina, intesa come mezzo di controllo sociale finalizzato al ritorno alla “salute” del corpo individuale e sociale.

Gli anni Settanta costituiscono un periodo di svolta per lo sguardo sociologico che osserva criticamente la medicina nel suo divenire istituzione di controllo sociale e interpreta tale cambiamento come un processo di medicalizzazione dell'intera società occidentale contemporanea (Borgna 2005, 77). Con il termine medicalizzazione si intende la “progressiva estensione del dominio, dell'influenza o della supervisione della medicina su fasi e aspetti della vita dell'uomo” (Borgna 2005, 74). Strumenti fondamentali di tale processo – osservabile a livello micro sui singoli corpi – sono le tecnologie biomediche: esse agiscono

---

<sup>21</sup> Dell'esperienza di autonarrazione biografica che si è formata nel solco di tale registro si è fatto anche riferimento nel primo paragrafo di questo capitolo.

<sup>22</sup> All'interno dei quali è possibile inserire quindi anche i ruoli e le aspettative di genere.

trasformando confini, rappresentazioni e utilizzi del corpo, attraverso un'oggettivazione del linguaggio e delle pratiche mediche che spoglia le medesime della natura umanamente prodotta e costituita, oltre che storicamente e socialmente situata (Borgna 2005, 74-5).

In questo decennio, di particolare importanza sono le posizioni di Eliot Freidson (1970) sul ruolo giocato dalla realtà sociale nell'applicare la definizione di malattia a comportamenti considerati indesiderati, e nel delegarne totalmente alle istituzioni mediche la "cura". Irving K. Zola (1972) osserva inoltre il processo di progressiva penetrazione della medicina nella vita quotidiana, anche in assenza di reali problemi organici, per il tramite della dominanza professionale medica. Per lo studioso, questa presenza si traduce in controllo sociale: emblematica in tal senso è l'espansione dell'utilizzo della chirurgia plastica, particolarmente utile anche per le riflessioni che si sono sviluppate nella ricerca qui presentata.

In tale cornice analitica entra nuovamente e a pieno titolo la concezione foucaultiana del biopotere, una forma di potere che si assume il "diritto del corpo sociale di assicurare, mantenere o sviluppare la sua salute" (Foucault 1976, 136). Dispositivo disciplinante dei biopoteri è il *medical gaze*, lo sguardo clinico finalizzato alla subordinazione dei corpi e della popolazione in generale, che trova nello sviluppo della sanità pubblica uno dei suoi principali strumenti (Foucault 1963, 1976). Merito di Foucault è stato anche quello di aver inserito la critica alla medicalizzazione nel più ampio contesto politico-economico: il corpo medicalizzato è infatti un corpo due volte produttivo, come forza-lavoro e come "consumatore di salute", quest'ultima diventata bene d'acquisto erogato dall'istituzione sanitario-farmaceutica (Foucault 1976; Bronzini 2013). In questo senso è stato utile considerare anche il passaggio individuato da Foucault da un regime di controllo repressivo, ad uno produttivo, positivo, inclusivo volto a produrre corpi sani, disciplinati e normalizzati. Un cambiamento interpretato da Ivan Illich (1976) come processo di deprivazione degli individui del controllo dei loro stessi corpi.

Per quanto illustrato in apertura di paragrafo, fondamentali sono risultate inoltre le analisi di Conrad ed in particolare il suo concetto di *definitional issue* (Conrad 1992, 2007), attraverso il quale egli illustra il ruolo giocato dalla pratica medica nel definire i contorni della patologizzazione (Conrad 2007) – un tema, come si è visto, centrale nell'ambito della ricerca qui proposta. Secondo Conrad, il processo di patologizzazione di un fenomeno inizia con l'accettazione diffusa della sua percezione di anormalità, malattia o disturbo. Alla definizione di tale processo concorrono attori collettivi che hanno un ruolo essenziale nella gestione della medicalizzazione e nella somministrazione di procedure terapeutico-sanitarie, nonché nel

processo di normalizzazione e de-stigmatizzazione. In questo senso, il sociologo riconosce l'importanza dei movimenti femministi prima, e lgbtqi poi: inserendosi nel dibattito, queste nuove soggettività iniziano a mettere in discussione il falso universalismo delle pratiche mediche e del soggetto cui queste si rivolgono (che si rivela essere maschio, bianco, occidentale ed eterosessuale) avanzando proprie specifiche rivendicazioni che pongono al centro i corpi e le differenze da essi incarnate.

Ancora Conrad, individua nel “divenire progetto” del corpo la ragione dell'incremento della medicalizzazione, che trova complicità nelle scoperte biotecnologiche, nell'espansione del mercato dell'industria farmaceutica e nel ruolo attivo ricoperto dalla domanda dei consumatori, in termini di cure e salute (processo al quale non è estranea l'espansione della rete).

Tuttavia, all'inizio del nuovo secolo, la stessa categoria di medicalizzazione risultata insufficiente a spiegare questi stesse fenomeni, che si presentano come sempre più complessi e articolati. Tra questi, proprio l'aumento dell'importanza delle biotecnologie e dell'industria farmaceutica rende necessaria la formulazione di due nuove categorie: la “biomedicalizzazione” e la “farmacologizzazione”.

Scrivono Tognetti e Bordogna (2013, 91): “La medicalizzazione attiene al controllo e alla normalizzazione del funzionamento umano, la biomedicalizzazione si concentra sui cambiamenti in medicina e sul corpo umano, non solo a fini curativi, ma anche per personalizzare, migliorare, ottimizzare la salute”. Dunque, mentre il concetto di medicalizzazione ruotava attorno al binomio normalità-patologia e al potere di normalizzazione, la biomedicalizzazione ha a che fare con la trasformazione dei corpi, delle identità, della vita stessa: “con la biomedicalizzazione si passa cioè dal controllo che l'intervento medico ha esercitato in passato sulla natura esterna, alla trasformazione della natura interna degli individui, ossia dei processi biologici” (Bronzini 2013, 35).

Tale evoluzione terminologica e di prospettiva offre nuovi strumenti analitici e, con essi, nuovi interrogativi che riguardano il disciplinamento dei corpi, dei generi e delle differenze. In particolare, la riflessione sulla pervasività delle biotecnologie mediche, all'interno di una ricerca dedicata alle forme di *embodiment* dell'esperienza della trasformazione dei corpi trans, impone di ragionare non solo su cosa tale tecnologie possano fare, ma sui significati che il loro utilizzo implica (Roen 2002). Essa richiede di conseguenza anche un approccio non stigmatizzante, ma capace di tenere aperta “la possibilità di un accesso desiderante ma vigile alle tecnologie mediche” capace di non riprodurre forme di esclusione (Fiorilli 2012, 41).

In questo senso, la storia dell'esperienza femminista che dagli anni Settanta ha messo in moto un movimento di riappropriazione del corpo e della salute delle donne (Percovich 2005; Boston Women's Health Book Collective 1971) si è dunque incrociata con le importate riflessioni sul potere "somatogeno" delle tecnologie mediche sul corpo delle donne (Duden 1994). Insieme a queste, ma da un punto di vista quasi opposto, si è guardato anche a studiose, quali Donna Haraway, che hanno apportato una critica epistemologica della scienza e della visione non situata delle teorie medico-scientifiche legate ai comportamenti sessuali e ai corpi, con le analisi delle potenzialità del divenire *cyborg* e post-umano dei corpi contemporanei (Haraway 1995; Preciado 2000; Braidotti 2014): oltre il dualismo natura-cultura, una teoria che ha dunque sfidato i confini del corpo, valorizzandone la complicità con le biotecnologie.

Insieme a quella di biomedicalizzazione, la categoria di "farmacologizzazione" si è dunque rivelata particolarmente importante. Essa è stata definita come un nuovo processo caratterizzato non solo dalla crescente competenza dei cittadini circa le malattie della società, ma anche da un ricorso massiccio a farmaci finalizzati al miglioramento delle prestazioni sociali ed individuali, non necessariamente mediato dalla presenza delle figure mediche (Williams et al. 2008; Tognetti Bordogna 2013). La farmacologizzazione considera inoltre sia l'effetto biologico delle sostanze chimiche sul corpo umano sia il desiderio dei consumatori di adottare la tecnologia come soluzione ai problemi della vita, nonché gli interessi dell'industria farmaceutica ad aumentare il consumo di medicine (Tognetti Bordogna 2013, 92). L'uso dei farmaci può essere indotto – ed è questo il caso più vicino allo studio condotto – in un'ottica di potenziamento, ovvero di desiderio di miglioramento di se stessi.

Il piano di *agency* dei soggetti si incrocia però con quello delle figure mediche che intervengono – prescrivendo i farmaci – col fine della normalizzazione, ovvero "per portare il corpo in una situazione considerata normale in relazione agli standard di quella società" (Tognetti Bordogna 2013, 101).

Nel cambio di paradigma che il termine "farmacologizzazione" sembra enunciare è stato possibile ritrovare molti dei temi di riflessione che emergono da questo lavoro: il rapporto tra figure mediche e le multinazionali del farmaco; il ruolo della biomedicina e di internet; i processi di individualizzazione (Beck e Beck-Gernsheim 2002) in atto nelle società post-moderne (che nel contesto transgender si traduce nella richiesta di trattamenti maggiormente personalizzati). Contemporaneamente, si assiste da una parte all'aumento dell'(auto)formazione e delle competenze dei pazienti/consumatori (grazie ad una più estesa possibilità di accesso alle informazioni) che, a partire da una maggiore



(auto)responsabilizzazione, si rapportano con le figure mediche in maniera più consapevole, ma anche più antagonista; mentre dall'altra cresce il ruolo giocato dall'associazionismo e dall'azione collettiva nell'azione di contrasto a tali processi (Tognetti Bordogna 2013).

Il *frame* politico-economico all'interno del quale si esplicita quella che appare come una nuova configurazione del benessere e della salute (Tognetti Bordogna 2013) è quello neo-liberista, segnato dall'egemonia dei capitali finanziari (e dalla loro crisi), dalla riorganizzazione (o smantellamento) delle politiche di welfare (e in primo luogo di quelle sanitarie). Anche la farmacologizzazione si conferma dunque chiave interpretativa per la comprensione delle complessità e ambivalenze del presente (Williams et al. 2012): basti pensare al già nominato potere normalizzante dei farmaci, ma anche alla diseguaglianze economiche e sociali cui tale mercato si presta.

Così come descritto dai sociologi della salute (Vicarelli 2013), il contesto rimanda utilmente a quello che Preciado a definito "regime farmacopornografico", un regime in cui la farmacologizzazione è concepita come tentativo di dare una risposta alla necessità di fornire letture "ibride", non dicotomiche delle società contemporanee, nelle quali non è più possibile distinguere nettamente tra mondo maschile e femminile, umano e materiale, ma anche tra umani, animali e macchine (Bell e Figert 2012). Va in questo senso quanto affermato dal filosofo spagnolo (in parte già illustrato nel secondo paragrafo) a proposito degli ormoni sessuali: nel regime "farmacopornografico" tali sostanze sono state oggetto di investimento culturale diffuso che li ha codificati come trasmettitori di un'"essenza" di genere. La conseguenza non è solo che il genere *tout court* viene così identificato, isolato, manipolato con tecniche di laboratorio e dosaggi (Oudshoorn 1994, 145). Somministrati come farmaci, gli ormoni diventano "dispositivi biochimici" che, applicati su un corpo individuale, di fatto operano sull'intero corpo sociale producendo nuove forme di relazione, di desiderio e di affetto (Preciado 2015). Questo accade perché "la specificità di queste nuove tecnologie farmacopornografiche morbide è quella di prendere la forma del corpo che controllano, di trasformarsi in corpo, fino a diventare inseparabili e indistinguibili da esso, fino a diventare soggettività" (Preciado 2015, 71). Se in generale dunque esistono una pluralità di pratiche con cui il corpo viene posto in essere in ambito clinico (Mol 2003), l'ambito endocrinologico costituisce un campo biotecnologico di particolare interesse per l'osservazione e la critica della biomedicalizzazione dei corpi trans.

Come si è visto anche per gli interventi chirurgici, l'intreccio tra lo studio delle modificazioni corporee e la (bio)medicalizzazione della società contemporanea apre così "nuove opportunità per riconsiderare il significato del cambiamento del corpo transessuale"

(Roen 2002, 133): un corpo che diventa il campo di una battaglia discorsiva e culturale (e quindi anche politica) sul quale si confrontano quotidianamente persone trans e professionisti della salute.

Per questa ragione, nel più ampio contesto del caso di studio scelto, hanno avuto ruolo centrale le singole testimonianze. Tale prospettiva (di carattere “micro”) ha permesso di rendere visibile il carattere densamente relazionale, sociale, culturale e politico, ancor prima che sanitario, dei processi osservati (Lusardi e Manghi 2013, 145).

## **II PARTE**

---

### **IL LAVORO DI CAMPO**



## Capitolo terzo

### Il disegno della ricerca

#### 1. Obiettivi e domande della ricerca

Se i primi due capitoli hanno avuto il compito di tratteggiare il tema della ricerca, ancorandolo a specifici quadri teorici di riferimento, il presente capitolo intende definire gli obiettivi e le domande che hanno guidato l'indagine e illustrare la metodologia utilizzata per affrontarla. Inoltre, vuole rendere conto sia delle ragioni che hanno spinto verso una specifica composizione del gruppo di intervistati sia delle specifiche problematiche che implica una ricerca qualitativa sull'esperienza di progettazione del corpo messa in atto da chi desidera allontanarsi dal genere assegnato alla nascita.

L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di investigare l'esperienza della modificazione dei corpi trans nel contesto del MIT di Bologna e, da questo punto di partenza, osservare le tipologie di rapporto possibili tra corpi in transito, autodeterminazione e processi di inclusione/esclusione dalla cittadinanza. Inoltre, la traiettoria dell'indagine si è strutturata in modo circolare in un intreccio tra nuclei teorici, lavoro di campo e domande di ricerca. Queste ultime, più in specifico, si sono concentrate sui progetti di modifica corporea portati avanti dai soggetti transessuali/transgender sui propri corpi – e, di conseguenza, sulle proprie vite (Zimman 2011; Whitehead e Thomas 2013).

In termini generali, interesse principale del lavoro è stata la descrizione delle differenti esperienze di *trans embodiment* che, a vario titolo, sono identificabili all'interno degli spazi dell'associazione e del consultorio MIT. Questi spazi diventano dunque la lente attraverso la quale osservare e analizzare l'investimento intrapreso sulla corporeità e le sue modificazioni da parte dei soggetti coinvolti, attraverso accorgimenti estetici e/o terapie ormonali e/o interventi chirurgici; conoscerne le aspettative e il grado di (in)soddisfazione raggiunto, in termini tanto estetici quanto identitari e sociali; verificare l'esistenza (o l'assenza) di strategie di (auto)costruzione del sé messe in gioco dai soggetti che rifiutano (totalmente o parzialmente) le pratiche cliniche di adeguamento corporeo; indagare il grado di autonomia percepito nelle scelte attuate nel corso del transito e, specularmente, lo spazio occupato al loro interno dalle istituzioni preposte alla gestione della riassegnazione di genere (e nel caso

specifico, dal MIT stesso); ricercare e interpretare pratiche di invenzione di nuove espressioni di genere che le persone transessuali e transgender scelgono di inscrivere sui propri corpi. L'indagine si è inoltre domandata se l'inclusione nella cittadinanza tramite l'iter previsto dalla legge 164/1982 venga interpretata (tanto dalle persone trans, quanto dagli attori sociali preposti all'attuazione) come un diritto o, al contrario, come un atto di assimilazione forzata nella polis.

Direttamente collegato con l'ambito della cittadinanza è quello relativo alla transizione medica. In accordo con gli esiti di analoghe indagini (Hines 2007a), è stato osservato infatti come proprio la salute e il benessere si configurino come punti di accesso per la messa in discussione di una categoria di cittadinanza che, attorno all'esperienza trans, trova la possibilità di articolare e includere una differente e più ampia cornice di diritti sociali.

La ricerca ha dunque inteso chiedersi se l'esistenza di una comunità trans, composta da persone contemporaneamente fruitrici dei servizi e attiviste, possa essere considerata risorsa per colmare i vuoti lasciati dai servizi di assistenza professionali e dai discorsi medico-sanitari in generale, ma anche dalla comunità transgender stessa, quando non organizzata in modo da darsi forme e occasioni di scambio e sostegno (Hines 2007a). Fondamentali si sono in tal senso rivelati gli interrogativi che hanno riguardato l'attività di rielaborazione e diffusione dei concetti di salute e benessere trans operata dal MIT (cui ci si riferisce qui sia come associazione sia come consultorio) e le (auto)rappresentazioni del corpo trans che in tale contesto maturano. Per questi motivi si è scelto di dare voce anche al personale medico e ad alcune delle psicoterapeute coinvolte nella convenzione tra il MIT e l'Azienda Ospedaliera locale<sup>1</sup>. Le domande rivolte a quest'ultimo gruppo di soggetti hanno riguardato la percezione del ruolo ricoperto come professionisti all'interno dell'esperienza del transito di genere e, in particolare, del consultorio MIT; il rapporto con i pazienti e con le loro aspettative; il giudizio riservato al MIT e la valutazione dei protocolli seguiti dal consultorio; la visione dei cambiamenti sociali intervenuti nei venti anni di vita del servizio del consultorio MIT.

È stato utile, da questo punto di vista, partire da alcuni fondamentali quesiti già emersi da precedenti lavori (Roen 2002; Preciado 2008; Inghilleri, Ruspini 2008) e, su questa base articolare ulteriori percorsi e domande. Validi, in tal senso, si è rivelato l'interrogativo posto da Roen (2002, 134-5): "Se concettualizziamo il sesso come dimensione ormonale, allora vuol dire che i cambiamenti ormonali costituiscono già da soli un cambiamento di sesso? Se, invece, lo concettualizziamo come dimensione genitale, significa che la riattribuzione

---

<sup>1</sup> Per una più dettagliata descrizione del contesto si rimanda al paragrafo successivo e al quarto capitolo.

chirurgica di sesso (RCS) produce un cambiamento completo di sesso?”. Declinando la domanda all’interno della specificità della ricerca è stato fondamentale chiedersi: cosa significa cambiare corpo per una persona transgender e/o transessuale? Come tale significato viene articolato all’interno del contesto considerato (il MIT)? Attraverso quali percorsi le persone trans che vivono una disidentificazione rispetto al genere assegnato alla nascita riprogettano la conformazione e l’estetica dei propri corpi? Quali significati attribuire ad alcuni particolari cambiamenti del corpo? Quale interpretazione possiamo dare, per esempio, al fatto che a livello sociale una rinoplastica sia considerata un trattamento di chirurgia estetica, contrariamente a quanto accade con una vaginoplastica o una falloplastica (con le profonde e complesse implicazioni sociali che questo comporta)? Quali rappresentazioni culturali e sociali sono implicate in questa differenza di atteggiamenti? Quale ruolo e contributo potrebbe o dovrebbe ricoprire il lavoro di indagine sociologica nella rinegoziazione del dibattito che ruota intorno alla transessualità, nel miglioramento delle pratiche biotecnologiche di “cambiamento di sesso”, delle modalità di accesso ai trattamenti e di costruzione della cittadinanza trans?

Dare risposta a queste domande rappresenta un’opportunità per accostarsi all’analisi sociologica dell’esperienza trans e, nello specifico, per elaborare nuovi strumenti concettuali per una sociologia dei corpi (*trans*)gendered (Ekins, King 1999). Ed è quanto questa ricerca si propone di fare.

## 2. Lo studio di caso

Il MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna costituisce il contesto all’interno del quale la ricerca si sviluppa. In tal senso, si è inteso raccogliere e seguire la raccomandazione formulata da Roen, in base alla quale, “per far sì che future formulazioni in tema di genere possano apportare un utile contributo alla negoziazione di significato intorno al cambiamento di sesso, bisogna che queste formulazioni siano elaborate facendo esplicito riferimento al contesto socio-politico di quest’ultimo” (Roen 2002, 140).

Una prima scelta metodologica è stata dunque compiuta nella selezione del *case study*. Con la decisione di avviare all’interno del MIT una ricerca empirica, si è voluto studiarne configurazione e caratteristiche sulla base della convinzione – teoricamente suffragata – dello statuto di eccezionalità e originalità del MIT<sup>2</sup>. Alla base della scelta operata non c’è dunque

---

<sup>2</sup> Cfr. al quarto capitolo.

un desiderio di rappresentatività del caso identificato, quanto piuttosto la consapevolezza dell'unicità dell'esperienza del MIT. Questa caratteristica, legata anche alle scelte politiche che ne hanno segnato la vita (e che hanno reso l'associazione anche realtà istituzionale consolidata per la difesa dei diritti delle persone trans) ha permesso di rispondere in modo compiuto alle domande della ricerca.

Fondamentale è stata, in tal senso, la ricostruzione storica delle vicende del MIT che ha consentito di far emergere in tutta la loro complessità le dinamiche legate alla sua nascita e al suo sviluppo, e il loro carattere fortemente processuale e situato dal punto di vista socio-politico. Ai fini della ricostruzione, fondamentali sono state le fonti primarie reperibili nel Centro di Documentazione interno al MIT, che conserva preziosi materiali originali sulle attività del movimento trans italiano fin dalla sua nascita: volantini, ritagli di giornale, verbali, telegrammi ed altra documentazione inedita di varia natura<sup>3</sup>. Le informazioni raccolte hanno poi trovato riscontro e completamento nella ricognizione di alcune testate, "La Stampa" e "Stampa Sera"<sup>4</sup>, con particolare attenzione al triennio 1979-1982, ovvero dalla nascita ufficiale del movimento trans italiano e del MIT (Movimento Italiano Transessuale) fino all'approvazione della legge 164. Inoltre, la storia dell'organizzazione dal 1982 ad oggi è stata ripercorsa, nei suoi molteplici passaggi politici ed istituzionali, attraverso due lunghe testimonianze dirette (di circa due ore ciascuna) della presidente, Porpora Marcasciano. Altri documenti riferiti alle relazioni dell'associazione con i soggetti politico-istituzionali con cui le convezioni del MIT sono state strette (Regione Emilia-Romagna, Azienda Sanitaria Locale e Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, Comune di Bologna), oltre che legati alle attività progettuali del MIT, sono stati messi a disposizione di chi ha condotto la ricerca.

Il MIT, ancora oggi l'associazione nazionale di riferimento per il movimento trans italiano, ospita nei propri spazi un Centro di Documentazione, uno sportello legale e un consultorio medico che dal 1994, in convenzione con l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Sant'Orsola-Malpighi, gestisce l'accesso per il percorso di riattribuzione di sesso in sinergia con i reparti di Urologia, Ostetricia e Chirurgia Plastica. È sul consultorio in particolare che la ricerca ha voluto soffermarsi.

Il Consultorio MIT di Bologna è un consultorio specialistico che dal 1994 si occupa dell'accoglienza ad ampio spettro delle persone che presentano un disagio legato all'identità

---

<sup>3</sup> In particolare è stato consultato il Fondo Romanina, proveniente da una donazione di Romina Cecconi, la prima transessuale divenuta nota come tale all'opinione pubblica nazionale (Cecconi 1976; Sera 2011). Per maggiori informazioni sul Centro di Documentazione si veda oltre nel paragrafo.

<sup>4</sup> La scelta operata a favore di queste testate è motivata da una ragione strumentale: di entrambe sono infatti consultabili gli archivi on-line.



di genere, gestendo l'accesso e il percorso di riattribuzione di sesso<sup>5</sup>. Il servizio nasce dalla sinergia tra l'associazione e soggetti istituzionali diversi. Nel 1994 il MIT ottiene infatti una sede in convenzione con il Comune di Bologna per la realizzazione di servizi di prevenzione dell'HIV, finanziati dalla Regione Emilia-Romagna. Grazie a questa convenzione si rende possibile l'avvio del progetto consultoriale, il primo e ad oggi unico esempio in Italia (e in Europa) di consultorio pubblico gestito da un'associazione. Rispetto al periodo precedente il 1994, si tratta di un vero e proprio punto di svolta nella pratica di gestione della salute delle persone transessuali in Italia.

Più avanti saranno approfondite le caratteristiche del caso di studio emerse dal lavoro di campo; ora si intende dare attenzione soprattutto ad alcuni dei progetti in cui il MIT era impegnato durante il periodo della ricerca, nell'intento di restituire, sia pure parzialmente, l'ampiezza e l'articolazione delle attività promosse<sup>6</sup>:

- "Via Luna": si tratta di un progetto di riduzione del danno e dei rischi nel mondo della prostituzione di strada e in appartamento, promosso dal MIT in collaborazione con il Comune di Bologna e la Regione Emilia Romagna. Il MIT è la prima associazione italiana ad aver ideato e sperimentato progetti di riduzione del danno nel campo della prostituzione. Attraverso collaborazioni con enti, istituzioni e associazioni partecipa a diversi progetti sul territorio e a programmi di protezione contro lo sfruttamento e la tratta, finalizzati alla fuoriuscita delle vittime (in accordo agli articoli 13 della legge 228/2003 e 18 del d.lgs. 286/1998);

- Sportello CGIL-MIT: è un servizio finalizzato alla promozione e alla difesa dei diritti delle persone transessuali e transgender al/nel mondo del lavoro. Il servizio, ideato con la CGIL è attivo dal 1997 e si occupa di pratiche, assistenza, vertenze su abusi e discriminazioni nell'ambiente di lavoro, pratiche lavorative, consigli e consulenze per accesso al lavoro, stage, tirocini, borse lavoro. Lo sportello è gestito in collaborazione con CGIL Camera del Lavoro di Bologna e in collaborazione con CGIL Ufficio Nazionale Nuovi diritti;

---

<sup>5</sup> I consultori pubblici in Italia vengono istituiti dalla legge n. 405 del 29.07.1975, come risultato di un ampio movimento femminista per la medicina e/o per la salute delle donne, finalizzato alla promozione dell'informazione e alla riappropriazione di pratiche e sistemi di cura fortemente connotati in senso maschile e conservatore. I consultori entrano a far parte della più generale riforma sanitaria attuata nel 1978 attraverso la legge n. 883 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Percovich 2005).

<sup>6</sup> Le informazioni sono tratte dalla *Carta dei Servizi* del MIT (documento messo a disposizione dall'associazione per i propri utenti).

- Sportello legale: lo sportello è curato da esperti nel campo della tutela della persona e del diritto anti-discriminatorio. Fornisce un servizio di primo orientamento e consulenza legale gratuita su problemi di discriminazione e, in generale, sulla tutela delle persone transessuali e transgender e sul loro diritto all'identità di genere. Offre anche assistenza e orientamento per ogni pratica sul cambiamento di sesso;

- Progetti e interventi sul carcere: il MIT si è sempre occupato della realtà carceraria ponendo particolare attenzione alle persone transessuali detenute. Nel 2015 l'associazione ha ideato e realizzato un progetto pilota finanziato da UNAR - Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per le Pari Opportunità - in collaborazione con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria in partenariato con Consultorio Transgenere, Associazione Libellula, Associazione Ora d'Aria, ONIG e Istituto Metafora. Sportelli a favore del benessere e della tutela dei diritti delle persone trans sono stati inoltre attivati all'interno di istituti penitenziari di Milano, Firenze, Roma e Napoli. Le principali attività previste dal progetto hanno riguardato l'attivazione di sportelli negli istituti penitenziari rivolti alle persone lgbtqi in regime di detenzione; attività di ricerca, analisi e monitoraggio delle forme di discriminazione e violenza nei confronti delle persone lgbtqi reclusi; attività di formazione rivolta al personale dell'amministrazione penitenziaria ai vari livelli; formazione on line; elaborazione di linee guida;

- Prevenzione HIV e Malattie Trasmissibili Sessualmente (MTS): l'attività di informazione e prevenzione all'AIDS e alle MTS è una delle priorità principali dell'associazione, che opera in stretto contatto con la Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS (LILA) e con gli ospedali locali;

- Poiché tra le principali problematiche che affliggono le persone trans forte rilevanza assume il problema della casa, il MIT, in convenzione col Comune di Bologna, ha la possibilità di provvedere alla sistemazione in alloggi di persone trans temporaneamente in particolare difficoltà abitativa;

- Il MIT provvede ad offrire una formazione ad hoc sulla parità di trattamento e la non discriminazione, rivolta a enti pubblici e amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni, soggetti pubblici e privati, professionisti del settore giornalistico, legale, psicologico, medico

ed assistenziale, e a tutti coloro che nutrono un interesse specifico per lo sviluppo di conoscenze utili per l'aggiornamento sui temi della transessualità;

- Il Centro Documentazione del MIT raccoglie, sistema e conserva documenti sul transessualismo. Al suo interno sono raccolti libri, giornali, manifesti, relazioni, fotografie, video, lettere e diari. Il Centro raccoglie lavori di ricerca e tesi di laurea realizzate all'interno o tramite l'associazione. Dal 2008 organizza anche Divergenti Film Festival Internazionale di Cinema Trans.

Anche grazie alla riflessione intorno a queste iniziative, la ricerca ha inteso indagare le modalità concrete attraverso le quali il MIT – a partire dalla complessità della sua composizione – (auto)rappresenta l'esperienza trans, difendendo in parallelo i diritti di autodeterminazione delle persone transgender e transessuali ed elaborando un concetto di salute e di benessere non appiattito sulle sole politiche sanitarie e di welfare istituzionali, ma arricchito da pratiche quotidiane di che si svolgono sui diversi livelli politico, culturale, sanitario, legale. Gli approfondimenti relativi alla metodologia della ricerca, oggetto dei prossimi paragrafi, avranno il compito di illustrare i modi in cui questo obiettivo – insieme agli altri già menzionati – è stato concretamente perseguito.

### **3. La metodologia della ricerca**

La metodologia scelta da questa ricerca è a carattere qualitativo, in ragione della sua specifica vocazione alla spiegazione delle azioni sociali e alla costruzione di rappresentazioni accurate dei fenomeni considerati (Cardano 2011, 5). Inoltre, l'intento dell'indagine è stato quello di instaurare una relazione aperta, interattiva e dialogante tra teoria e ricerca empirica, tra obiettivi generali e domande del progetto (Corbetta 1999; Boudon 2002; Cardano 2003). La metodologia qualitativa è poi considerata la più adatta al presente percorso di ricerca in ragione delle specifiche domande che esso si pone: la ricostruzione dei percorsi "di transito", l'analisi delle loro ricadute sulle sfere dell'intimità e della cittadinanza, le modificazioni corporee e mentali che esse implicano.

Va da sé, in questa cornice, che il piano "micro", che vede gli individui costruire azioni dotate di senso (Weber 1922; 2005) assuma una specifica rilevanza sociologica (Goffman 1969; Schütz 1979; Garfinkel 1967). Infine, lo sguardo qualitativo, per la sua

attenzione al carattere processuale dei fenomeni studiati, si rivela indispensabile in un'indagine che pone in primo piano la dimensione dinamica della relazione tra i generi e i processi di mutamento sociale.

L'approccio etnografico è stato privilegiato dalla ricerca poiché consente, tramite la discesa sul campo, di “essere lì”, ovvero di immergersi e partecipare dall'interno, in modo continuo e diretto alla quotidianità del mondo sociale scelto come soggetto di studio: per “confrontarsi con la diversità” e “cercare di tradurre in un altro linguaggio ciò che si sente o si osserva” (Colombo, Navarini 1999, 164; Emerson e Pollner 1988; Dal Lago e De Biase 2002; Silverman 2008, 2010). Inoltre, la tradizione etnografica – che storicamente è definita come pratica di attraversamento di confini e come modo specifico di orientare lo sguardo verso un altrove geograficamente e/o culturalmente distante da chi osserva (Gobo 2001, 2002) – garantisce un saldo background metodologico per l'analisi di genere.

In ragione della pluralità e duttilità dei metodi offerti all'indagine, quello etnografico si è dunque rivelato un approccio particolarmente adatto all'osservazione e alla comprensione di un mondo sociale – come quello legato all'esperienza transessuale e transgender – non solo fortemente differenziato, ma anche stigmatizzato.

Su questa base, tecniche privilegiate per la raccolta dei dati sono state per lo più l'osservazione partecipante unita alla raccolta di interviste semi-strutturate (in tutto trenta: ventiquattro a persone trans e sei ai cosiddetti “tecnici”).

Si considerano inoltre parte del materiale empirico raccolto nel corso della ricerca etnografica le audio-registrazioni di tre eventi di carattere diverso, ma i cui contenuti rinviano ad aspetti significativi dei mutamenti in atto nell'universo trans italiano:

a. Una riunione “di autocoscienza” (la definizione è di chi scrive), che si è tenuta nel marzo 2014 tra otto attivisti del MIT al fine di discutere collettivamente del rapporto da ciascuno intrecciato con il percorso clinico e con le pratiche di medicalizzazione della transizione di genere. Per ragioni legate all'attività del dottorato, non mi è stato possibile partecipare alla riunione. Tuttavia, avendolo richiesto ai partecipanti (otto persone, sei delle quali intervistate per il presente lavoro) l'incontro è stato registrato. La registrazione (della durata di circa due ore), è considerata parte del materiale empirico raccolto, nonostante, per la modalità di rilevazione, si situi in uno spazio intermedio tra le due tecniche utilizzate (l'osservazione partecipante e l'interviste).

b. Un seminario organizzato dal MIT nel maggio 2014, contestualmente alla settima edizione di “Divergenti-Festival Internazionale di Cinema Trans” dal titolo *A/traversamenti... oltre il bisturi i sogni, le storie, l'amore. Pareri posizioni confronti nel/del mondo Trans*<sup>7</sup>;

c. Un convegno, che si è svolto a Torino nel novembre 2014, che ha visto protagonisti attivisti e avvocati delle associazioni trans italiane (*TDoR 2014: Le prospettive di riforma della legge n. 164/1982 sul cambiamento di sesso*)<sup>8</sup>.

Più in generale, sono molti i convegni sul tema cui ho preso parte (come uditrice e, in alcuni casi, anche come relatrice) negli anni del dottorato. I riferimenti a questi convegni sono disseminati nel testo della tesi.

### **3.1 L'osservazione partecipante**

L'osservazione partecipante è la tecnica principale della raccolta dati nella ricerca etnografica. Per la presente indagine essa è stata applicata al *case study* selezionato, ovvero il MIT di Bologna, sede storica del movimento trans italiano. Le diverse articolazioni di cui tale realtà si compone fanno del MIT un caso unico nel suo genere nel panorama nazionale ed europeo, capace di offrire una visione d'insieme della complessità racchiusa nella condizione di chi decide di transitare fuori dal genere assegnato alla nascita nel contesto italiano contemporaneo. In considerazione di questa unicità, come si è detto, il MIT è stato individuato come ambito specifico di indagine. L'osservazione partecipante, a sua volta, si è rivelata pre-requisito essenziale per la raccolta di quelle informazioni che hanno reso interpretabile proprio la pluralità e la varietà dei livelli di intervento dell'associazione (Dal Lago e De Biasi 2002).

Per suo tramite è stato possibile accostarsi alle visioni del mondo dei soggetti coinvolti, alle regole (implicite ed esplicite) del loro agire sociale (interno all'associazione ma anche ad essa esterno), alle modalità con le quali ciascuno/a crea quotidianamente e incessantemente il genere e le sue rappresentazioni corporee (Goffman 2002; Garfinkel 1967).

---

<sup>7</sup> Si tornerà a parlare più diffusamente di questo evento nel quarto capitolo.

<sup>8</sup> Il convegno si è tenuto nel mio periodo di studio all'estero (Leeds University, UK, ottobre-dicembre 2014). Ho dunque lavorato sulla sua registrazione.

Decidere di utilizzare tale tecnica di raccolta dati ha in tal senso offerto anche la possibilità di ridefinire *in progress* le reti concettuali dell'indagine e di articolarne in modo più specifico gli obiettivi conoscitivi.

In generale, l'ingresso nel *setting* offerto dal MIT ha coinciso con l'ingresso in un mondo qualificato da linguaggi, valori, azioni, rappresentazioni *(trans)gendered* continuamente e variamente in trasformazione. Non solo: il prendere parte ed *essere* parte del contesto studiato ha permesso di vedere e capire gli eventi attraverso i punti di vista dei soggetti della ricerca, coglierne le contraddizioni, le aspettative sociali, le strategie (Malinowski 1922; 2011; Melucci 1996) relative ai progetti di modificazione dei corpi.

L'ingresso sul campo ha preso avvio nell'autunno 2013. Condizione di partenza favorevole è stata una precedente relazione di conoscenza con un'informatrice privilegiata: la presidente del MIT Porpora Marcasciano, che fin dal principio ha avuto un atteggiamento di generoso incoraggiamento e attiva collaborazione, facilitando ampiamente l'avvio del lavoro di indagine. Seguendo le indicazioni di Marcasciano, sono stati individuati i momenti appropriati per svolgere le prime visite con lo scopo di mettere a fuoco la struttura delle attività, delle relazioni interne e le più generali regole ed abitudini dell'associazione e del consultorio.

L'importanza dei passaggi preliminari per una iniziale raccolta di informazioni è testimoniata dalle ricche note raccolte in quei mesi, nelle quali ogni singolo gesto ed episodio agito ed osservato è riportato con abbondanza di particolari. Questi primi momenti di contatto hanno inoltre prodotto una progressiva familiarità con il campo. Il MIT si è rivelato accessibile, aperto e disponibile alla presenza della ricercatrice offrendole chiavi utili all'interpretazione del contesto nel momento in cui – dal marzo 2014 – l'osservazione partecipante è diventata sistematica.

L'analisi della dimensione simbolica e dei linguaggi di cui il MIT è portatore è stata resa possibile dal contatto con le sue numerose attività, formali e informali, medico-scientifiche e culturali, politiche e amicali. Questo sguardo d'insieme ha inoltre reso possibile analizzare l'intreccio tra i diversi saperi, tanto professionali e istituzionali quanto informali, degli attivisti e degli utenti (Lusardi e Manghi 2013).

Sul piano generale, le persone maggiormente interessate dall'attività di osservazione sono state quelle regolarmente coinvolte nelle attività di routine dell'associazione e del consultorio: la presidente, due ragazze trans (una impegnata come operatrice *peer* nell'accoglienza degli utenti che accedono al consultorio e l'altra nella gestione dell'amministrazione); tre psicoterapeute (i cui studi si trovano negli spazi del MIT); una

specialista endocrinologa (presente tre ore due volte al mese, secondo quanto stabilito dalla convenzione con la ASL); gli utenti del consultorio in attesa dei colloqui con le dottoresse; il gruppo di attivisti MIT (che con modalità e tempi diversi da individuo ad individuo attraversa e anima la sede dell'associazione).

L'osservazione partecipante ha avuto luogo sia nel corso di occasioni informali (le pause nel corso delle attività quotidiane del MIT; incontri in contesti pubblici e privati di svago), sia in momenti formali (negli orari di apertura al pubblico del consultorio e durante le attività ordinarie dell'associazione). Nonostante la prevalenza di queste ultime modalità di osservazione, la decisione di porre sullo stesso piano tutti i diversi momenti vissuti a contatto con i soggetti della ricerca ha contribuito ad una più complessiva comprensione della realtà dall'organizzazione. In particolare, poter essere presenti anche “dietro le quinte” delle attività del gruppo, in contesti di informalità, ha offerto chiavi di lettura preziose per lo studio dei processi decisionali e delle relazioni di potere interne al gruppo; delle priorità (politiche e materiali) di volta in volta espresse e negoziate e delle tattiche per affrontarle; dei diversi livelli quotidiani di performatività che le persone che vivono e incarnano un'ambiguità e/o una transizione di genere mettono in atto a seconda dei contesti; dell'alto grado di eterogeneità incarnato da queste esperienze.

Può risultare utile offrire un esempio concreto di queste dinamiche. Nel dicembre 2013 uno dei ragazzi FtM (allora appartenente al gruppo di attivisti del MIT) organizza una cena nella propria abitazione, invitando le persone all'epoca maggiormente attive nel contesto associativo, insieme a chi scrive (già nota al gruppo per i preliminari ingressi al MIT e per la pregressa relazione amicale con la presidente, anch'essa presente). Nel corso della serata tutti i partecipanti (fatta esclusione per la sottoscritta, in quanto unica non trans tra gli invitati)<sup>9</sup>, a partire dal loro essere contemporaneamente attivisti ed utenti del consultorio hanno spontaneamente iniziato ad esprimere – per la prima volta coralmemente – le proprie in/soddisfazioni, perplessità, dubbi, timori, criticità, aspettative circa i differenti percorsi di transito vissuti (internamente al MIT, totalmente o parzialmente, ma anche tangenzialmente ad esso).

In seguito a quel particolare e impreveduto momento di scambio ha iniziato a delinearsi all'interno del gruppo di attivisti dell'associazione l'esigenza di approfondire le problematiche legate alle pratiche di medicalizzazione della transizione di genere e della modificazione dei corpi (in generale e nel contesto del consultorio MIT). Lo stesso gruppo ha

---

<sup>9</sup> Nove erano le persone presenti (esclusa la ricercatrice): otto hanno preso parte alla ricerca, accettando di essere intervistate (la nona è la fidanzata e convivente del “padrone di casa”).

così convocato un incontro nel marzo del 2014 – denominato nelle note di campo come “riunione di autocoscienza”, con esplicito riferimento alla pratica femminista adottata nei gruppi di donne degli anni Settanta – con l’obiettivo di non disperdere le riflessioni e le sollecitazioni collettive emerse nel corso della cena (di questo incontro è già stato riferito nel paragrafo precedente). Questo ha avuto il merito di dare inizio ad un confronto aperto tra gli attivisti – seppur circostanziato nel tempo – che ha portato alla costruzione di riflessioni e saperi condivisi. In particolare, il riferimento è all’organizzazione, nel maggio 2014, del seminario *A/traversamenti* (su cui si sofferma il quarto capitolo) pensato e vissuto come esigenza di aprire ad una dimensione pubblica i discorsi che l’associazione aveva svolto al proprio interno.

L’esempio citato dimostra come le scelte metodologiche possano avere ricadute importanti tanto sull’andamento dell’indagine empirica quanto sull’elaborazione teorica (nel caso specifico generando una maggiore attenzione per la letteratura sociologica sulla medicalizzazione). Accettare l’invito alla cena citata – sia per ragioni di piacere personale sia per la convinzione della sua utilità per la ricerca – ha infatti reso possibile assistere all’avvio di un’ondata inattesa di riflessioni collettive, confermando contemporaneamente la fiducia conquistata all’interno del gruppo dei soggetti coinvolti nella ricerca.

Per tutta la durata dell’osservazione (tre mesi) ha avuto luogo con regolarità settimanale un’altra tipologia di attività: nell’autunno 2013, il gruppo MIT ha organizzato (rispondendo alla specifica sollecitazione della presidente) momenti di (auto)formazione sul percorso storico e politico del MIT e sulle battaglie condotte – nel passato e nel presente – a favore dei diritti delle persone trans; sullo scambio di informazioni circa i progetti in corso; sulle questioni politiche avvertite dal gruppo, in quel frangente, come importanti. In una di queste riunioni ha preso il via l’elaborazione della già citata campagna “Un altro genere è possibile”, così come di altre attività analizzate nel corso del lavoro<sup>10</sup>.

Fatta eccezione per la presidente del MIT, l’esplicitazione e la discussione delle intenzioni di ricerca con il gruppo di attivisti/e<sup>11</sup> che con maggiore regolarità e a diverso titolo

---

<sup>10</sup> La convocazione di questi incontri ha avuto origine dalla volontà della presidente del MIT di condividere con la componente più giovane la narrazione della storia dell’organizzazione e delle battaglie condotte dal movimento trans a livello nazionale. Nel corso dei mesi le riunioni hanno tuttavia assunto un carattere maggiormente tecnico-organizzativo e di comunicazione interna al gruppo, modificandone le intenzioni iniziali (e anche l’utilità rappresentata per la ricerca).

<sup>11</sup> Il gruppo citato è risultato variabile dal punto di vista numerico. Durante il periodo dell’osservazione partecipante risultava composto da circa diciassette persone transessuali e transgender, così suddivise secondo l’appartenenza di genere dichiarata: otto donne transessuali/transgender e nove uomini transessuali/transgender, di età comprese tra i 25 e i 57 anni. Di queste persone, solo quattro non sono state utenti del consultorio. Complessivamente, sono stati intervistati dieci attivisti: la selezione effettuata ha cercato di rispecchiare quanto più possibile la varietà dei percorsi e delle esperienze presenti nel gruppo.



vivevano gli spazi del MIT nel periodo contemporaneo alla ricerca è avvenuta in maniera graduale, ed è partita dalle persone con le quali maggiori erano i confidenza e simpatia reciproca. Nel caso specifico del gruppo di attivisti, la mia presenza al MIT ha anticipato la richiesta di disponibilità alla concessione di interviste semi-strutturate. La decisione di non rivelare nei dettagli gli obiettivi del lavoro in corso è derivata dal timore di interferire con il *setting*, le relazioni e le attività al suo interno.

L'osservazione partecipante si è conclusa nel maggio 2014. Successivamente, il ritorno sul campo ha avuto una scadenza bisettimanale ed è stata legata alla partecipazione ad eventi culturali e/o politici o a necessità connesse alla ricerca (appuntamenti con le persone intervistate, reperimento di documenti).

La durata dell'osservazione è stata decisa in base alle domande della ricerca e alla natura degli obiettivi. Oltre alla comprensione generale del mondo sociale contenuto e costituito dall'associazione MIT, trascorrere alcuni mesi quotidianamente sul campo ha infatti reso possibile la presa di contatto con i possibili partecipanti e la preparazione delle future interviste. In tal senso, tenuto conto delle relazioni esistenti tra le persone incontrate e la posizione di ciascuna nel contesto di riferimento, è stato possibile definire le modalità d'approccio necessarie per il loro coinvolgimento. Non è dunque pienamente possibile affermare che l'interruzione della raccolta di dati tramite l'osservazione partecipante sia derivata – come indicato dalla tradizione etnografica – dalla saturazione del campo (Glaser e Strauss 1967; 2009): considerata la densità delle attività svolte e la continua evoluzione dalla situazione interna all'associazione MIT, è possibile ipotizzare che un tale momento avrebbe potuto non giungere mai. La durata della presenza all'interno del *setting* è dipesa invece – oltre che da un (necessario) timing della ricerca – da una precisa scelta metodologica, che ha considerato come prioritaria la raccolta delle interviste.

Ciò non ha tuttavia significato il disconoscimento dell'importanza e dell'utilità rappresentata da tale tecnica nel processo di raccolta dei dati. Al contrario, l'osservazione partecipante ha permesso di seguire il flusso di iniziative e attività cui hanno dato vita direttamente, o che hanno coinvolto indirettamente, le persone che frequentavano a vario titolo il MIT, rendendo palesi meccanismi relazionali e di strutturazione di significati che altrimenti sarebbero rimasti nascosti. Inoltre, le informazioni reperite nei tre mesi di lavoro di campo – annotate dettagliatamente *in situ* ma anche alla conclusione di ogni giornata di osservazione – sono state essenziali per la messa a punto della griglia tematica per le interviste. In altre parole, la combinazione di osservazione partecipante e interviste semi-strutturate si è confermata strumento efficace per l'esplorazione del MIT come mondo sociale

oltre che per una più complessiva comprensione delle scelte dei soggetti della ricerca. L'intreccio delle due tecniche di raccolta dei dati ha inoltre reso possibile indagare la corrispondenza o l'aporia tra comportamenti e parole, situando le stesse narrazioni all'interno del loro specifico contesto storico-sociale e culturale di provenienza (Plummer 1995).

### **3.2 Le interviste semi-strutturate**

Soggetti in carne ed ossa dell'indagine sono le persone che, a vario titolo, attraversano gli spazi del MIT e che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza di transizione verso un'identità e un'estetica di genere opposta o differente da quella di nascita. Sono stati inoltre coinvolti nella ricerca alcuni dei diversi attori sociali della gestione medica del transito di genere sulla base della convenzione siglata tra l'Azienda Sanitaria, l'Ospedale locale e il MIT: le psicoterapeute, l'endocrinologa e ginecologa, l'urologo, il chirurgo estetico, la biologa. Una tale decisione muove dalla considerazione (critica) del ruolo centrale ricoperto tradizionalmente dai discorsi medici e clinici nella definizione eziologica e sociale della transessualità e si pone l'obiettivo di tratteggiare il contesto socio-politico e tecnico-scientifico all'interno del quale un sempre maggior numero di persone trans negozia il proprio percorso di cambiamento fisico e di genere.

In questo senso, la raccolta delle interviste è stata strumento indispensabile per la ricerca in ragione della sua capacità di far emergere la dinamica processuale delle interazioni ed intersezioni tra realtà sociali ed esperienze individuali (Thomas e Znaniecki 1918; 1968; Cipriani 1995; Bertaux 1981 e 1999; Bruner 2002; Jedlowski, Rampazi 1991; Jedlowski e Leccardi 2003).

In un'indagine *gender-sensitive* che assegna massimo rilievo alla soggettività e all'intersoggettività, la raccolta delle interviste ha avuto dunque un ruolo centrale nel lavoro di reperimento dei dati empirici: per sua stessa definizione, essa mette infatti al centro la relazione del soggetto della ricerca con il proprio contesto, e quello stesso soggetto con il ricercatore (il quale, come vedremo, è a sua volta parte della ricerca come soggetto). In particolare, ciò che si evidenzia è il legame reciproco tra percorsi individuali e mutamenti sociali collettivi (Thomas e Znaniecki 1918; 1968). L'ipotesi è infatti che al livello *macro* della società (all'interno del quale si strutturano fattori quali il genere, l'etnia, e più ampi processi sociali), corrisponda un livello *micro* (nel quale gli individui costruiscono le proprie narrazioni e i propri percorsi soggettivi) e che i due poli siano mediati da un livello

intermedio, *meso*, all'interno del quale si situa il piano delle interazioni tra soggetti e l'ambiente circostante, con proprie logiche d'azione e specifici meccanismi sociali. Di conseguenza, lo studio e l'osservazione in profondità di alcuni microcosmi, può contribuire a cogliere alcune delle logiche del mesocosmo del quale i soggetti fanno parte, e viceversa.

Il mezzo attraverso il quale processo descritto ha preso corpo e parola è stata l'intervista in profondità. La letteratura interpellata, dedicata a tale tecnica (Della Porta 2014; Bichi 2000 e 2007; Corbetta 1999; Marradi 2007; Statera 1982), tende generalmente a dividere le possibili tipologie di interviste a seconda del diverso "grado di libertà" dei due attori. Tre sono le forme principali di intervista rintracciate, collocabili lungo un continuum che procede da un minimo a un massimo di strutturazione, sia degli stimoli (domande) sia delle reazioni (risposte) (Fideli e Marradi 1996): standardizzata, semi-strutturata, non strutturata.

La ricerca condotta presso il MIT ha utilizzato la seconda tipologia, considerata strumento particolarmente adatto per la scoperta e la comprensione sociologica (Corbetta 1999, 415). L'intervista semi-strutturata offre infatti un buon grado di libertà e versatilità sia all'intervistatore sia all'intervistato/a<sup>12</sup>: attributo indispensabile per affrontare una tematica come quella del transito di genere, caratterizzata da un alto grado di variabilità e sensibilità delle esperienze, e dalla non rara possibilità di trovarsi a dover "gestire l'inatteso" (Bertaux 1999, 79).

A partire dal quadro teorico di riferimento, si è dunque costruita una traccia di partenza sulla base delle tematiche della ricerca, e capace di dare spazio alla soggettività delle persone intervistate. L'osservazione partecipante ha poi contribuito utilmente alla ridefinizione della griglia dell'intervista. A quest'ultima si è assicurato un margine di adattabilità ampio, rendendola sufficientemente flessibile da poter essere modificata nel corso del colloquio, e in relazione ai soggetti intervistati (Bertaux 1981). In questo senso, dunque, la traccia dell'intervista è stata considerata come un perimetro (Corbetta 1999, 415) dai confini flessibili, indispensabile per un'indagine che proprio sull'analisi dei confini (e il loro possibile superamento) trova la propria ragione d'essere.

Anche grazie a questa flessibilità, l'intervistatrice ha potuto decidere di volta in volta l'ordine con il quale porre le domande. La struttura non rigida della griglia infatti è stata intesa "come un mazzo di carte che ciascuna intervistatrice gioca a suo piacere, mescolandole

---

<sup>12</sup> È noto che il massimo grado di libertà di racconto e di espressione della soggettività del testimone è offerta dalla tipologia di intervista narrativa e dall'intervista in profondità. Tuttavia, l'intervista semi-strutturata permette di mantenere un buon grado di libertà nel racconto (comunque inferiore rispetto alle precedenti), rivolgendo al testimone un insieme di domande flessibili intorno a temi considerati centrali per la ricerca.

a seconda del rapporto con l'intervistata. I due soggetti costruiscono ogni volta una partita diversa, in cui la sola regola del gioco posta all'inizio è l'accettazione (reciproca). (...) Il criterio di guida resta comunque quello di apertura all'altra; a ciò che ha da dire e che forse nessuna griglia ha previsto, agli aspetti imprevedibili e non sistematizzabili dell'intervista" (Passerini 1991, 124-125).

Tenendo presente tali indicazioni, si è reso necessario elaborare due diverse tipologie di griglia: una per le persone trans e una speculare per i "tecnici". Le tracce di intervista sono state poi messe a verifica attraverso tre colloqui di prova (alla presidente, alla psicoterapeuta coordinatrice del consultorio, ad un ragazzo FtM), che hanno permesso di arrivare alle versioni definitive della traccia.

Infine, l'adattabilità delle griglie ha concesso all'intervistatrice la sicurezza che tutti i temi considerati rilevanti venissero discussi e tutte le informazioni necessarie raccolte; agli intervistati ha invece garantito la messa in risalto del punto di vista soggettivo e il pieno utilizzo del proprio linguaggio e delle proprie rappresentazioni.

Su questa base, le persone coinvolte sono così state invitate a narrare i propri progetti di de-costruzione e ri-costruzione del corpo (personali, ma anche collettivi, laddove tale dimensione emerge come importante per il soggetto). L'obiettivo è stato quello di comprendere in che modo i partecipanti si siano relazionati con il proprio corpo durante il percorso di transizione, considerando tanto il contesto sociale e relazionale di provenienza, quanto quello medico-psichiatrico e legislativo prevalente. A quest'ultimo proposito, alle/ai partecipanti è stato anche chiesto un punto di vista sulla legge che regola il transito (164/1982) e sulla patologizzazione con cui l'esperienza trans è definita in ambito medico. Gli intervistati/le intervistate sono stati/e sollecitati/e ad esprimersi anche sul MIT, inteso sia come spazio associativo e politico, risultato del percorso storico-politico del movimento trans, sia come spazio istituzionale, deputato alla gestione dei servizi per il cambio anagrafico e chirurgico di genere (e dunque sul consultorio) – e, in tal senso anche "intermediario" tra le istituzioni medico-legali e le esperienze individuali.

Tutti gli incontri si sono svolti nella città di Bologna, ma in quattro tipologie di luoghi differenti: quando possibile, è stata privilegiata la casa dell'intervistato/a, per consentire alla persona una condizione di maggiore agio; in alternativa, le interviste si sono svolte nella casa della ricercatrice o nella sede del MIT (in orari di chiusura agli utenti). In un solo caso è stato necessario – per ragioni logistiche e di tempo – incontrarsi in uno spazio pubblico (giardini). La consapevolezza dell'influenza giocata dal *setting* dell'intervista ha richiesto che, per

ciascuna delle diverse occasioni, l'intervistatrice valutasse le relative strategie di conduzione e relazione.

Gli incontri hanno avuto una durata variabile, compresa tra 60 minuti e 2 ore e mezza e sono stati tutti registrati su supporto digitale e successivamente trascritti nella loro interezza, mantenendo fede, quanto più possibile, al linguaggio parlato dal soggetto. Ai partecipanti è stata richiesta la firma di una liberatoria per il trattamento dei dati personali, secondo la normativa vigente in materia (D. lgs. 196/2003)<sup>13</sup>. Umore, espressioni di particolare incisività, forme di intercalare, esitazioni e silenzi sono stati segnalati in una nota scritta di accompagnamento della trascrizione (quando non è stato possibile indicarli nel testo stesso della trascrizione) per l'utilità che conservano nell'analisi e nella comparazione delle interviste.

Dopo la trascrizione, l'analisi e l'interpretazione dei dati sono avanzate per gradi. Da una prima lettura dei testi prodotti sono stati individuati i nuclei tematici ricorrenti – prevalentemente corrispondenti a quelli proposti dalla griglia – e si è tentato di rintracciare e accostare assonanze e dissonanze all'interno delle esperienze discusse, anche in un'ottica riorganizzativa dei materiali (Flick 2013).

Di primaria importanza si è rivelata la decisione di non suddividere l'analisi (e successivamente la sua elaborazione scritta) secondo la tradizionale separazione binaria dei generi: questo ha reso possibile complessificare la categoria del genere, oltre la dicotomia del maschile e del femminile (e, dunque, parlando di esperienze trans, oltre la separazione tra FtM e MtF), verso una narrazione e comprensione più articolata della questioni affrontate.

Ad una seconda lettura, l'attività di valutazione di tematiche emergenti inattese è stata accostata alle informazioni registrate attraverso l'osservazione partecipante. Al termine di questa ulteriore fase, per esempio, la messa a confronto dei dati ha portato alla luce tre pratiche fondamentali di *gender embodiment* nell'esperienza della transizione: la dis/identificazione; la re/invenzione; la ri/costruzione dei corpi. Provando a contenere – ma cercando di evitare operazioni riduzionistiche – la differenziazione di posizioni emerse al riguardo, queste pratiche hanno definito i nuclei centrali della stesura degli esiti del lavoro empirico. Infine – seguendo la suddivisione tematica emersa e una preliminare strutturazione dell'indice – sono state scelte parti significative delle interviste da inserire nell'elaborato<sup>14</sup>. Ciascuna di queste fasi ha voluto mantenere fede al principio di unicità di ogni narrazione,

---

<sup>13</sup> Cfr. all'Appendice 2 dove si fornisce una sintetica descrizione del gruppo degli intervistati.

<sup>14</sup> In tre fogli Excel corrispondenti alle tre pratiche individuate sono state inserite e suddivise le principali informazioni e tematiche emergenti per ciascuna intervista. Questo procedimento ha permesso di evidenziare con maggiore sistematicità e schematicità le assonanze e dissonanze tra le esperienze.

ovviamente inscrivendole nel contesto sociale, culturale e collettivo che i soggetti, con le loro stesse narrazioni, hanno contribuito a tracciare. Tale processo ha richiesto di ritornare più volte sulle medesime interviste, per riletture e confronti continui e approfonditi dell'ampia e variegata quantità dei materiali raccolti.

### **3.3 I soggetti della ricerca**

In un periodo compreso tra gennaio e settembre 2014 sono state raccolte ventiquattro interviste a persone transessuali e transgender (ma venticinque sono i colloqui complessivi se si considera il doppio incontro con la presidente del MIT, Porpora Marcasciano).

Attraverso le persone coinvolte, sebbene in numero relativamente limitato, si è cercato di dare spazio alla molteplicità di esperienze che le persone in transito vivono. Esse sono state dunque prescelte con l'obiettivo di analizzare la ricchezza delle esperienze di modificazione corporea nel transito di genere, nel contesto del MIT. Un ruolo specifico è stato giocato nella scelta anche da una caratteristica considerata fondamentale nell'indagine: l'essere stati, nel passato o al momento dell'intervista, e a vario titolo, utenti del MIT.

Per garantire una buona diversificazione sociale del gruppo, le persone sono state selezionate in relazione ad una serie di caratteristiche quali: genere di dichiarata appartenenza; età; esperienze professionali; status economico; livello di istruzione; fase di transizione in corso; progetti e aspettative rispetto ai cambiamenti del proprio corpo. Non è stato invece considerato l'orientamento sessuale, poiché fin dalle prime interviste è emerso come orientamento sessuale e sessualità fossero anch'esse in transito come il, e insieme al, corpo (è una dimostrazione di questa difficoltà il fatto che buona parte persone intervistate non avrebbe saputo/voluto esprimere con certezza il proprio orientamento sessuale).

Tutte le persone intervistate sono state contattate preliminarmente, alcune già nel corso dell'osservazione partecipante. Nel primo contatto, la ricercatrice ha esposto la ricerca e richiesto la disponibilità all'intervista. Probabilmente anche per la familiarità acquisita nel corso dell'osservazione, la partecipazione alla ricerca – e quindi il consenso all'intervista – è stata accordata da tutti con facilità e slancio.

La precedente conoscenza di Porpora Marcasciano, presidente del MT, è stata di fondamentale importanza, come si è detto, anche per l'individuazione dei contatti iniziali. Le prime interviste sono state raccolte tra gli attivisti dell'associazione, ai quali è stato

successivamente chiesto di fornire indicazioni utili per l'identificazione di altri partecipanti (con il metodo di campionamento "a valanga" o *snowball sampling*).

Delle ventiquattro persone intervistate, dodici hanno dichiarato di avere un'identità di genere femminile (con modalità e gradi diversi). In quattro si sono sottoposte ad interventi di riassegnazione chirurgica del sesso (e hanno ottenuto nuovi documenti attestanti l'acquisita identità di genere); due hanno dichiarato di non essere ancora giunte ad una decisione definitiva rispetto alle operazioni di cambio di genere, pur affrontando una terapia ormonale femminilizzante e avendo apportato modificazioni estetiche e chirurgiche tali da ottenere un aspetto molto femminile; cinque hanno dichiarato di non aver intenzione di affrontare interventi chirurgici demolitivi e di ricostruzione genitale. In quest'ultimo gruppo, tre sono donne trans appartenenti alla più vecchia generazione del gruppo (essendo nate alla fine degli anni Cinquanta) e due di loro sono tra le fondatrici del MIT; la quarta è invece la ragazza transgender che presta il volto alla campagna "Un altro genere è possibile". Una, infine, al momento dell'intervista si trovava all'inizio del percorso terapeutico e si accingeva a incontrare l'endocrinologa del MIT per avviare i trattamenti ormonali. Tutte – con modalità molto differenti tra loro – avevano assunto (o stavano assumendo, nel presente) ormoni femminilizzanti.

Dodici sono le persone intervistate in transito dal genere femminile a quello maschile: otto hanno intrapreso la transizione chirurgica (e cinque hanno già ottenuto il cambio dei documenti attestanti la nuova identità di genere); tre si trovano in lista d'attesa presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna per sottoporsi agli interventi di riassegnazione chirurgica del sesso; solo uno dichiara di respingere fermamente il trattamento chirurgico (ed essere indeciso su quello ormonale). Tutti, tranne quest'ultimo, al momento dell'intervista si trovavano in terapia ormonale.

Per quanto riguarda le provenienze geografiche, è presente una sola ragazza MtF (la più giovane del gruppo degli intervistati, di vent'anni) di origine dominicana (ma residente in provincia di Bologna); tutti gli altri partecipanti sono cittadini italiani residenti a Bologna e provincia (come richiesto dal Sistema Sanitario Nazionale per potere usufruire della presa in carico presso il MIT). Nel suo insieme, il gruppo copre (quasi) interamente le diverse realtà regionali, ma presenta una lacuna per quanto riguarda la provenienza geografica europea ed extra europea. Dal punto di vista della condizione sociale (livello d'istruzione; occupazione; condizione economica) è possibile affermare che il gruppo di intervistati ha un sufficiente grado di rappresentatività.

Come si è già detto, l'età degli intervistati varia dai 18 ai 57 anni: il consultorio MIT non accoglie al momento minori, mentre non è stato possibile reperire contatti con persone ultrasessantenni.

Nonostante la scelta di non suddividere le interviste per genere di sentita appartenenza, è utile sottolineare come, nella raccolta e poi nell'analisi di queste interviste, sia emersa una peculiarità significativa, proprio passante attraverso la linea di differenziazione del genere: i colloqui delle persone in transito (o già approdate) verso un'identità maschile hanno infatti consegnato narrazioni di durata molto maggiore (circa il doppio) rispetto a quelle raccolte con persone con un'identità di genere tendente o vicina al femminile. La ragione di tale differenza può essere collegata ad almeno due ordini di ragioni: da una parte, infatti, potrebbe aver giocato un ruolo influente la matrice (femminile) della socializzazione primaria vissuta – anche loro malgrado – dai soggetti coinvolti. In questa matrice il racconto di sé si qualifica come un elemento che differenzia la socialità di genere, come parte integrante del processo educativo al femminile, trovando maggiore legittimità e più efficaci mezzi e spazi per esprimersi (gruppo di amiche, parentela al femminile, e così via). Inoltre, è possibile che proprio i tratti predominanti del cambiamento verso il maschile trovino, all'interno delle società occidentali contemporanee, una più immediata legittimità in ragione della posizione di privilegio di cui godono le identità maschili in rapporto a quelle femminili. La costruzione sociale dei corpi avviene infatti anche attraverso l'incorporazione di “habitus chiaramente differenziati secondo il principio di divisione dominante e capaci di percepire il mondo secondo tale principio” (Bourdieu 2009, 33). Vale a dire che in un contesto fortemente caratterizzato in senso maschilista e virilista (quali sono le società occidentali contemporanee) gli elementi ad esso aderenti risultino più facilmente rappresentati come positivi e desiderabili, e incontrino di conseguenza una maggiore accoglienza a livello sociale. A tal proposito Julia Serano, in polemica con l'assunto butleriano della performatività del genere, invita, a partire dalla sua condizione di donna trans, a riflettere sulle interpretazioni cui vanno incontro alcuni specifici tratti di genere, nel momento in cui si palesano sui corpi in transito:

“(…) attempts by some gender theorists to frame femininity and masculinity as being entirely artificial or performative seem displaced. Rather than focus on how femininity and masculinity are produced (an issue that has unfortunately dominated the field of gender studies of late), we should instead turn our attention to the ways these gender traits are interpreted. (...) One cannot help but notice how much more empowering trans male descriptions of hormonal transition tend to sound compared to those of trans women. Trans men experience an increase in their sex drive, become less emotional, and their bodies become harder and stronger – all of these changes having positive connotations in our society. In contrast, I have experienced a decrease in my sex drive and become more emotional, softer, and weaker – all traits that are viewed negatively. The reason for these differing connotation is obvious: in our culture, femininity and femaleness are not



appreciated nor valued to the extent that masculinity and maleness are. And while embracing my own femaleness and femininity during my transition was personally empowering and rewarding, I nevertheless felt overwhelmed by all of the negative connotations and inferior meanings that other people began to project on me. These meanings were not only projected onto my female body, but onto the hormones themselves” (Serano 2007, 75).

Entrambe le dinamiche segnalate contribuiscono a dare conto delle differenze emerse su questo aspetto, tra interviste a persone che si identificano maggiormente nel genere maschile e persone che si identificano maggiormente nel genere femminile<sup>15</sup>. Quanto detto, tuttavia, rappresenta solo una delle questioni metodologiche che una ricerca che pone al centro del proprio focus la categoria di genere (e i suoi confini) presenta alla ricercatrice. Il prossimo ed ultimo paragrafo cercherà di mettere a tema alcune di queste.

Accanto alle intervistate/agli intervistati utenti del MIT sono stati coinvolti sei testimoni privilegiati, ovvero figure mediche (o “tecnici”) che, con modalità e per ragioni diverse, collaborano (o hanno collaborato) al progetto consultoriale: due psicoterapeute (la ex coordinatrice del consultorio, presente fin dalle origini dell’esperienza, e l’attuale coordinatrice); l’endocrinologa/ginecologa; l’urologo; il chirurgo estetico; la biologa (referente fino al 2013 delle terapie ormonali e della ricerca scientifica sulle somministrazioni ormonali presso l’Ospedale Sant’Orsola-Malpighi).

Le domande loro rivolte hanno riguardato la percezione del ruolo ricoperto come professionisti/e all’interno dell’esperienza del transito; il rapporto con i pazienti e con le loro aspettative; l’opinione rispetto all’esperienza umana del transito di genere; il giudizio riservato al progetto consultoriale del MIT e la valutazione dei protocolli diagnostici e terapeutici seguiti dal consultorio; la visione dei cambiamenti sociali intervenuti nei venti anni di vita del servizio del consultorio presso il MIT. Le interviste con i medici chirurghi si sono tenute presso gli studi dei professionisti, presso l’Ospedale Sant’Orsola-Malpighi, fatte eccezioni per le psicoterapeute (la prima intervistata al MIT, la seconda nella sua abitazione/studio) e la biologa, intervistata nella sua abitazione.

Per l’organizzazione di tutti questi colloqui (fatta esclusione per la biologa, contattata direttamente), la richiesta di appuntamento è passata attraverso la mediazione della presidente del MIT.

Le interviste sono state registrate su supporto digitale e hanno avuto una durata variabile tra i 45 e i 60 minuti. Anche in questo caso, è stato chiesto il rilascio di una liberatoria per il trattamento dei dati personali, secondo la normativa vigente in materia

---

<sup>15</sup> Un’analoga divisione, ma riguardante gli ambiti disciplinari, è rilevata da Stephne Whittle (2006, xiv), secondo il quale gli uomini trans hanno prodotto maggiormente lavori di carattere sociologico e giuridico, mentre le donne trans sono maggiormente presenti in ambito teorico e autobiografico.

(D.lgs. 196/2003). La trascrizione ha seguito gli stessi principi osservati per il primo gruppo di intervistati.

#### **4. Quale genere di problematiche metodologiche per una ricerca sull'esperienza trans in Italia?**

Now that we have begun to challenge the binary assumptions behind gender, we can say hierarchies of gender as well. Where, for example, does a transgender woman figure into the hierarchy?  
Angela Davis, *The Meaning of Freedom*

Il lavoro di ricerca svolto ha dovuto fare fronte a specifiche problematiche, dipendenti tanto dal metodo e dalle tecniche adottate, quanto dalla tematica affrontata.

Nel processo di osservazione partecipante, il ricercatore sviluppa un certo grado di empatia con l'oggetto di studio, risultato del necessario divenire parte del contesto. Questa caratteristica pone un primo dilemma: quali conseguenze comporta e fino a che punto tale immedesimazione può arrivare? A fronte di una partecipazione attiva ed empatica, come gestire il rischio di esercitare un'eccessiva influenza sul campo che si intende studiare? L'intersoggettività in questione, che scaturisce dalla partecipazione e dall'assimilazione nella comunità incontrata, è infatti pienamente parte dello studio: "Chatting, gossiping, having drinks with informants are not 'outside' the study. It is on such occasions that we learn how to act in the correct way, that we learn what is the ordinary life of the people studied. All these observations, as informal or unconscious as they are, are very important and useful for ethnographic research: 'Your body remembers when your brain does not' (Eliasoph 2011, 261)" (Balsiger e Lambelet 2014, 151).

Queste considerazioni portano dunque a due ordini di questioni, tra loro intrecciate, che l'utilizzo dell'osservazione partecipante nel contesto dell'associazione storica del movimento trans, il MIT, ha messo in evidenza. Da una parte la complessità intrinseca al rapporto tra condizione di partecipante e quella di osservatrice, e la difficoltà di conservare un buon grado di distanza ai fini dell'indipendenza scientifica; dall'altra la rilevanza assunta dal proprio corpo *gendered* nell'esperienza del campo. Scrive Warren (2001, 203):

"“Going into the field’ presupposes gendered interactions, conversations, and interpretations on the part of both ethnographer and respondents, against the background of disciplines which are themselves gendered. (...) Fieldwork, like all social life, is gendered; this gendering is central to field relations, because the fieldworker is the (embodied) “research instrument”. The kinds of experiences fieldworkers have, the observations they make, and their transformations of these

experiences and observations into fieldnotes are products of their gendered and embodied relations with respondents”.

Rideclinando le parole dell'autrice per il caso studiato, è possibile aggiungere che ciò che ha segnato la linea di confine tra il soggetto che ha condotto la ricerca e chi ne è stato al centro, non è stata l'appartenenza ad uno dei due generi tradizionalmente considerati, ma innanzitutto il fatto di esperire (o meno) un desiderio di modificazione corporea rispetto al genere assegnato alla nascita (e dunque di essere *cis-gender*, ovvero di vivere una corrispondenza tra il senso di identità personale e il sesso e il genere di nascita).

La mia condizione di persona non trans – resa evidente dal mio aspetto fisico e dall'autopresentazione fornita alle persone incontrate – è stata contemporaneamente garanzia del mantenimento di un grado di distanza critico necessario per lo sviluppo dell'analisi, e fonte di timore di essere percepita come una delle molte studiose (non trans) che si accostano a questo universo, approcciandosi alla – e appropriandosi della – condizione trans, per farne un mero “oggetto” di ricerca tra gli altri. In altre parole, la preoccupazione è stata quella di essere percepita come uno sguardo arrivato a privare o sovradeterminare la soggettività e la complessità delle esperienze incarnate dai soggetti in transito, arrogandosi il diritto di parlare a loro nome. Tale (fondata) diffidenza indirizzata dal mondo trans soprattutto verso l'ambito medico e clinico (Arietti et al. 2010), ma in generale verso la comunità scientifica, ha costituito lungo tutto il lavoro di ricerca un monito e al contempo un principio guida.

Per queste ragioni, e nonostante la positiva accoglienza ricevuta, persistente è stata la sensazione che le condizioni ottimali di accesso al campo non fossero mai pienamente raggiunte, ma dovessero essere oggetto di ripetute negoziazioni. Anche tale condizione di precarietà è stata interpretata – sia nel corso della rilevazione sia successivamente, in fase di elaborazione – come condizione strettamente legata al tema della ricerca e, insieme, alle tecniche di rilevazione dei dati scelte. Nel caso di questa specifica osservazione partecipante in particolare, l'incorporamento della ricercatrice nel gruppo e nel contesto osservato ha portato ad una messa in gioco soggettiva radicale. Essere “minoranza” (in quanto donna “biologica” e cisgenere) per la maggior parte del tempo ha richiesto uno sforzo (di segno positivo) di riarticolazione del capitale simbolico e culturale (Bourdieu 1979), che molto ha goduto dell'interazione con le persone incontrate sul campo, delle discussioni intraprese, della quotidianità condivisa. I processi di trasformazione che si sono in tal modo innescati emergono sia nelle note di campo sia nelle interviste raccolte. Quanto la differenza tra il soggetto che conduce la ricerca e i soggetti che ne sono parte possa influire sul rapporto tra questi e sull'indagine stessa, emerge – per differenza – dalle parole della sociologa trans

Raine Dozier: “I believe being trans identified gave me easier access to trans people and made it easier for interviewees to confide in me not only because they felt more at ease but because I had familiarity with common cultural terms, customs, and issues” (Dozier 2007, 303).

Il riconoscimento (o meno) tra soggetto ricercante e soggetti della ricerca avviene sulla base del fatto che il corpo si conferma come una piattaforma di iscrizione di cultura e significati *gendered* che vengono trasmessi nell’interazione: tali significati mutano, col mutare dei soggetti coinvolti nell’interazione. Il punto centrale della discesa in campo non è stato dunque il trovare un posto all’interno del contesto, ma in *quale* posto situarmi, a partire dal fatto che la mia diversità è stata, per tutta la durata dell’osservazione, caratterizzata da un alto grado di visibilità. Risolutivo è stato il processo di graduale assorbimento all’interno del contesto associativo nel momento in cui i membri del gruppo hanno iniziato ad attribuirmi lo status di “esperta” e “studiosa”. Inoltre, attraverso la vicinanza, si è andata creando la progressiva familiarità ed empatia, nutrita anche dalla scoperta della condivisione di valori comuni (penso in particolare al background politico di forte impronta femminista del gruppo MIT). Tuttavia, anche tale definizione dei ruoli ripropone le già citate problematiche legate alla distanza critica e al rischio di influenza sul *setting* (un esempio in questo senso proviene dalle mie perplessità nelle occasioni in cui mi venivano richiesti pareri, consigli o interventi diretti su questioni interne all’associazione, ma anche importanti per la ricerca). Per questo, in alcuni periodi, è stato utile concedersi un distacco, finalizzato a far sedimentare le informazioni e le relazioni che via via stavano prendendo corpo<sup>16</sup>.

Le problematiche segnalate, relative all’osservazione partecipante, si sono espresse all’interno di uno spazio collettivo di intersoggettività diffusa, moltiplicata per tutti i soggetti incontrati nella sede dell’associazione. Nell’intervista esse si sono ripresentate, ma all’interno di una relazione a due che si caratterizza per ulteriori aspetti. Con questo metodo di rilevazione dei dati, infatti, i due soggetti coinvolti mettono in atto una forte interazione, dalla quale dipende la qualità stessa della testimonianza, ma non solo: in gioco non è solo la qualità dei materiali biografici raccolti ma, a conti fatti, la buona riuscita della ricerca stessa (e quindi, in ultima istanza, la costruzione di una valida rappresentazione sociologica della situazione che si è scelto di analizzare). L’intervista – nel significato che le è stato assegnato all’interno del lavoro svolto – è infatti un’azione sociale complessa, un “processo comunicativo nel quale si producono significati” (Bichi 2007, 88).

---

<sup>16</sup> Nel caso delle interviste, è stato utile alternare le interviste con le persone trans e quelle con i tecnici.

Nel contesto di una così particolare forma di interazione – in cui la relazione è basata principalmente sulla comunicazione – un’attenzione particolare è assegnata al linguaggio (sebbene nella ricerca etnografica grande importanza sia ricoperta dal linguaggio non verbale, quindi comportamenti, abitudini, gesti, nel nostro caso questi aspetti sono stati considerati soprattutto come supporto all’analisi delle interviste). Se, in generale, è possibile affermare come il linguaggio sia un atto caratterizzato da un alto grado di performatività (Siciliano 1998), nell’intervista semi-strutturata l’ampiezza del margine di libertà a disposizione di chi parla permette di cogliere con ricchezza il carattere di artefatto culturale che la narrazione rappresenta. Scrive Barbara Poggio al riguardo: “La cultura parla di sé attraverso le storie individuali e i termini in cui le storie vengono raccontate sono storicamente e culturalmente contingenti” (Poggio 2004, 31). L’idea dell’oralità come *performance* permette così di ipotizzare come quest’ultima si strutturi – costruendo la narrazione – appellandosi a sua volta a stereotipi di genere (categoria essa stessa investita da un alto grado di performatività). Tale andamento circolare evoca le riflessioni della teorica Teresa de Lauretis, là dove afferma:

“Il genere non è un semplice derivato del sesso anatomico biologico, ma piuttosto una costruzione socioculturale, una rappresentazione (...); e altrettanto deriva da fonti meno evidenti, come il linguaggio (...). La realtà del genere è precisamente negli effetti della sua rappresentazione; il genere è realizzato, diventa ‘reale’ quando quella rappresentazione è un’autorappresentazione, è assunta singolarmente come una propria forma di identità sociale e soggettiva” (de Lauretis in Preciado 2015, 98).

Il soggetto, raccontando, non rimanda solamente alla propria singola esperienza, ma a quella più generale del mondo sociale dal quale proviene. La rilevanza che la narrazione così intesa assegna alla soggettività e all’ambiente sociale e storico-politico in cui essa si struttura, è esattamente ciò che le dà valore come metodo ed oggetto di studio (Jedlowski e Leccardi 2003).

Inoltre, la raccolta e l’analisi delle (auto)narrazioni trans presenta una specificità ulteriore, strettamente legata ai soggetti della ricerca. Nei racconti dell’esperienza di transito emerge infatti una stretta correlazione tra modificazioni corporee e la loro narrazione. Scrive Prosser a questo proposito: “Transsexuality is always a narrative work, a transformation of the body that requires the remolding of the life into a particular narrative shape” (Prosser 1998, 4). Non solo: esiste una lunga tradizione di autonarrazioni trans, fortemente caratterizzate dalla necessità di costruire una “storia plausibile”, “autentica”, di cui l’assunto del “corpo sbagliato” rappresenta la proiezione in negativo (emblematica in questo senso la storia di Agnese raccontata da Garfinkel [1967]). Tali registri narrativi sono basati sullo sforzo del

soggetto di far aderire la propria esperienza ai protocolli clinici e medici per poter accedere alle procedure standardizzate di riassegnazione di sesso. Tuttavia, ciò che le interviste raccolte consegnano è la modificazione in atto di questa tradizione narrativa, in cui gli assunti di autenticità sono stati quasi totalmente sostituiti da “contro-discorsi”, ovvero racconti molteplici e irriducibili ad uno specifico ed omogeneo “canone trans” (quasi nessuno dei testimoni, per esempio, proietta la propria esperienza sull’idea di “corpo sbagliato”). Sandy Stone, nel suo manifesto post-transessuale, invitando a rifondare un nuovo genere letterario transessuale, sottolinea l’importanza della creazione di “contro-discorsi”:

“Ciò che suggerisco è che nella storia negata delle transessuali possiamo rintracciare una narrazione dirompente rispetto ai discorsi convenzionali sul genere, che ha origine all’interno della stessa posizione minoritaria di genere (...). Per un/a transessuale, in quanto transessuale, produrre un contro-discorso vero, efficace e rappresentativo, vuol dire parlare fuori delle frontiere del genere, oltre i poli oppositivi formulati, posti come le uniche posizioni possibili per generare discorso” (Stone 2012, 147-8; 1991).

Tutto ciò riporta ancora una volta alla posizione della ricercatrice (non trans) che si trova ad ascoltare le esperienze soggettive (trans). Fondamentale è stato farsi carico, attraverso un atteggiamento riflessivo, delle differenze sociali (genere, età, grado di istruzione, collocazione sociale) che attraversavano la relazione. Particolare attenzione è stata prestata, dunque, alle strutture di potere che plasmano in primo luogo la soggettività della ricercatrice e che, in seconda battuta, si riflettono necessariamente nel rapporto con i soggetti della ricerca. L’ascolto, la partecipazione e l’empatia possono, quindi, non essere sufficienti se non sono accompagnati dall’assunzione di una metodologia riflessiva, in cui il ricercatore sappia “mettere in discussione il privilegio del soggetto conoscente, che arbitrariamente viene esonerato (...) dal lavoro di oggettivazione” (Bourdieu 1992, 167), per poi interrogare tale privilegio e farne risorsa e materiale della ricerca stessa. Con le parole di Olagnero e Saraceno è dunque possibile affermare che l’uso di una metodologia riflessiva “si configura quindi anche come un’esercitazione sull’identità del ricercatore, oltre che una verifica dei limiti e delle risorse del suo mestiere” (Olagnero e Saraceno 1993, 8).

Inoltre, proprio tale prospettiva permette di introdurre l’ultimo punto che la ricerca ha sottoposto all’analisi: l’utilità di un approccio femminista nella raccolta e nell’analisi delle interviste.

Tra le ricercatrici femministe e dei *Gender Studies* è tutt’oggi in corso la riflessione critica circa l’esistenza – o meno – e di una metodologia e di un’epistemologia femminista (Harding 2003; Bimbi 2012; Poggio 2012). In generale, le studiose sono concordi nel parlare

più di approccio che di una vera e propria metodologia con specifiche regole e assunti. Come è stato già osservato, sono stati i movimenti femministi degli anni Sessanta e Settanta ad inaugurare la profonda critica ai saperi tradizionali e alle loro modalità di costruzione e trasmissione. Tradotta in ambito scientifico, tale critica ha coinciso con l'esigenza di mettere in discussione innanzitutto la soggettività di chi conduce la ricerca, e il suo carattere necessariamente *gendered*. Secondo le studiose femministe, questa operazione deve partire dall'origine stessa dell'indagine, ovvero dagli obiettivi che si pone il soggetto che conduce la ricerca: già a partire dalle prime fasi, infatti, e fino alla conclusione del lavoro – la soggettività del ricercatore è inevitabilmente coinvolta nel lavoro di ricerca, sotto il profilo degli habitus, dell'emotività e dei saperi. Va da sé, infine, che in questa posizione epistemologica, l'esercizio della riflessività viene collocato fortemente al centro.

L'analisi femminista arriva così a ridefinire l'oggettività della ricerca scientifica in termini di posizionamento di chi conduce l'indagine, a partire dai propri specifici corpi sessuati e saperi situati (nei diversi background culturali, sociali e storici). Una ricca letteratura femminista sul tema considera proprio la narrazione un oggetto di analisi prezioso per gli approcci femministi in forza del suo essere capace di creare visioni alternative e andare oltre preconcetti e dicotomie, affrancandosi da forme tradizionali e asimmetriche di sapere scientifico fedeli al paradigma dell'oggettività e dunque tendenti a cancellare le esperienze e le differenze soggettive (Bimbi 2012; Haraway 1997; Harding 1986; Oakley 1981; Passerini 1991; Scott 1986). Non di minore rilevanza, gli studi di genere hanno sempre sottolineato come la narrazione abbia storicamente rappresentato uno spazio di libertà e autoaffermazione dei soggetti "marginali" in quanto luogo e processo di produzione e riproduzione delle differenze di genere, ma anche di decostruzione e cambiamento (Poggio 2012).

In una tale cornice, risulta spontaneo considerare le interviste in profondità come strumenti di grande importanza per chi affronta la ricerca da una prospettiva teorica, epistemologica e metodologica femminista e *gender sensitive*. Questa specifica tipologia di intervista possiede infatti tutte le caratteristiche metodologiche considerate indispensabili all'interno di tale approccio: il grado di libertà che essa permette rispecchia l'obiettivo di restituire soggettività alle persone intervistate, emancipandole dallo status di "oggetti" (Oakley 1981).

In questo senso il riconoscimento, la presa in carico e l'assegnazione di valore assegnato ai soggetti intervistati come altro da sé, con le differenze da esse/i incarnate (di genere, generazione, provenienze, status sociale) rappresenta un'utile indicazione generale di

base – anche questa profondamente interna alla riflessione femminista – per chi raccoglie le interviste.

Questa direzione apre la strada alle analisi successive al saggio di Oakley che, come già accennato in apertura, hanno ragionato sulla necessità di non assecondare le dicotomizzazioni tradizionali – prima fra tutte quella tra soggettività e oggettività – quanto piuttosto di sottolineare la parzialità di cui tutti i soggetti sono portatori: sia per i differenti punti di vista che possono offrire sia in quanto incarnati in corpi situati in precisi spazi e background culturali e sociali (Haraway 1991 e 1997). Scrive Donna Haraway in proposito: “Il posizionamento non è un tentativo empirico di mettersi dalla parte degli emarginati o degli oppressi, ma è uno strumento cognitivo e politico capace di produrre un sapere più adeguato e storicamente contingente, esso non cerca una ‘fondazione astratta’, richiede invece un ‘autocritico situarsi’ ed una serietà storica” (Haraway 1997, 262).

La conclusione cui molte intellettuali giungono è che, più che una vera e propria metodologia femminista, esistano moltissime problematiche che richiedono l’utilizzo non gerarchico e non esclusivo di molteplici metodi di ricerca – tanti quante sono le tematiche e le esperienze che si vogliono analizzare.

In conclusione, “un’etnografia che muove a partire dall’esperienza di condivisione e negoziazione tra l’etnografo e i soggetti incontrati può dunque divenire un terreno fertile di trasformazioni politiche, di creazione di narrative di resistenza, di esercizio della memoria, di profonda complicità umana” (De Lauri e Achilli 2008, 18). In questo lavoro condiviso, la raccolta delle esperienze attraverso il racconto diretto dei protagonisti non può non fondarsi sul pieno riconoscimento delle relazioni di potere comunque esistenti ed attive nella relazione, al di là della volontà dei soggetti. In questo senso, e in conclusione, si è ritenuto importante fare riferimento alle *Suggested Rules for Non-Transsexuals Writing about Transsexuals, Transsexuality, Transsexualism, or Trans* (1997)<sup>17</sup>. Prodotte dall’interno della comunità trans americana, esse hanno costituito la guida metodologica ed etica specifica per affrontare il lavoro di indagine, nonché un utile spunto per le riflessioni metodologiche a cui il presente capitolo ha inteso dare spazio.

---

<sup>17</sup> Cfr. Al sito: <http://sandystone.com/hale.rules.html>.



**Suggested Rules for Non-Transsexuals Writing about Transsexuals, Transsexuality, Transsexualism, or Trans \_\_\_\_ (1997).**

Written by Jacob Hale, with thanks to Talia Bettcher, Dexter D. Fogt, Judith Halberstam, and Naomi Scheman. Note that the list refers to transsexuality rather than to transgender *per se*. However, many items also apply to non-transgendered researchers writing about transgender, as well as to trans-folk writing across trans-trans differences.

1. Approach your topic with a sense of humility: you are not the experts about transsexuals, transsexuality, transsexualism, or trans \_\_\_\_\_. Transsexuals are.
2. Interrogate your own subject position: the ways in which you have power that we don't (including powers of access, juridicial power, institutional power, material power, power of intelligible subjectivity), the ways in which this affects what you see and what you say, what your interests and stakes are in forming your initial interest, and what your interests and stakes are in what you see and say as you continue your work. (Here's what Bernie Hausman, p.vii, says about how her initial interest was formed: She had been reading about transvestism and ran across library material on transsexualism. "Now \*that\* was fascinating." Why? "The possibilities for understanding the construction of 'gender' through an analysis of transsexualism seemed enormous and there wasn't a lot of critical material out there." Remember that using those with less power within institutionalized, material and discursive structures as your meal ticket (retention, tenure, promotion) is objectionable to those so used.)
3. Beware of replicating the following discursive movement (which Sandy Stone articulates in "The Empire Strikes Back" and reminds us is familiar from other colonial discourses): Initial fascination with the exotic; denial of subjectivity, lack of access to dominant discourse; followed by a species of rehabilitation.
4. Don't erase our voices by ignoring what we say and write, through gross misrepresentation (as Hausman does to Sandy Stone and to Kate Bornstein), by denying us our academic credentials if we have them (as Hausman does to Sandy Stone), or by insisting that we must have academic credentials if we are to be taken seriously.
5. Be aware that our words are very often part of conversations we're having within our communities, and that we may be participating in overlapping conversations within multiple communities, e.g., our trans communities, our scholarly communities (both interdisciplinary ones and those that are disciplinarily bounded), feminist communities, queer communities, communities of color. Be aware of these conversations, our places within them, and our places within community and power structures. Otherwise, you won't understand our words.
6. Don't totalize us, don't represent us or our discourses as monolithic or univocal; look carefully at each use of 'the', and at plurals.
7. Don't uncritically quote non-transsexual "experts," e.g., Harry Benjamin, Robert Stoller, Leslie Lothstein, Janice Raymond, Virginia Prince, Marjorie Garber. Apply the same critical acumen to their writings as you would to anyone else.

8. Start with the following as, minimally, a working hypothesis that you would be loathe to abandon: "Transsexual lives are lived, hence livable" (as Naomi Scheman put it in "Queering the Center by Centering the Queer").

9. When you're talking about male-to-female transsexual discourses, phenomena, experiences, lives, subjectivities, embodiments, etc., make that explicit and keep making it explicit throughout; stating it once or twice is not sufficient to undermine paradigmaticity. Don't toss in occasional references to female-to-male transsexual discourses, phenomena, experiences, lives, subjectivities, embodiments, etc., without asking what purposes those references serve you and whether or not those purposes are legitimate.

10. Be aware that if you judge us with reference to your political agenda (or agendas) taken as the measure or standard, especially without even asking if your agenda(s) might conflict with ours and might not automatically take precedence over ours, that it's equally legitimate (or illegitimate, as the case may be) for us to use our political agenda(s) as measures by which to judge you and your work.

11. Focus on: What does looking at transsexuals, transsexuality, transsexualism, or transsexual \_\_\_\_\_ tell you about \*yourself\*, \*not\* what does it tell you about trans.

12. Ask yourself if you can travel in our trans worlds. If not, you probably don't get what we're talking about. Remember that we live most of our lives in non-transsexual worlds, so we probably do get what you're talking about.

13. Don't imagine that you can write about the trope of transsexuality, the figure of the transsexual, transsexual discourse/s, or transsexual subject positions without writing about transsexual subjectivities, lives, experiences, embodiments. Ask yourself: what relations hold between these categorial constructions, thus what implications hold between what you write about one and what you don't write about another.

14. Don't imagine that there is only one trope of transsexuality, only one figure of "the" transsexual, or only one transsexual discourse at any one temporal and cultural location.

15. If we attend to your work closely enough to engage in angry, detailed criticism, don't take this as a rejection, crankiness, disordered ranting and raving, or the effects of testosterone poisoning. It's a \*gift\*. (And it's praise: there must be something we value about you to bother to engage you, especially since such engagement is often painful, as well as time-consuming, for us.)

## Capitolo quarto

### **Il consultorio MIT**

Come si evince dal primo capitolo, una fase preliminare della ricerca è stata dedicata alla ricostruzione delle origini del caso di studio scelto. Il MIT (Movimento *Italiano* Transessuale) Emilia-Romagna nasce nel 1988 come espressione locale del gruppo trans nazionale, diventando nel 1998 Movimento *Identità* Transessuale: proprio il cambio di nome va a sancire una presa di distanza definitiva dalle “pioniere” delle battaglie transessuali in Italia, con le quali erano emerse negli anni divergenze di pratiche e di vedute (il “primo” MIT esaurirà la sua parabola di lì a pochi anni).

La prima evidenza emersa da tale lavoro di ricostruzione è la consapevolezza di aver selezionato un caso di studio peculiare, con una storia profondamente radicata nel contesto politico-istituzionale, sociale e culturale, sia del movimento trans nazionale, sia della stessa città di Bologna.

La storia del MIT di Bologna – associazione e consultorio – si sovrappone ai percorsi soggettivi delle donne trans che ad esso hanno dato vita. Principale figura di riferimento fin dall’inizio è Marcella Di Folco (1943-2010), già attivista del MIT nazionale e presidente del MIT di Bologna dal 1988 fino al suo decesso, avvenuto nel 2010. La sua biografia è importante ai fini della ricostruzione che si intende fare per la forte influenza giocata sulla storia dell’associazione. Nel 1990, prima transessuale al mondo eletta a una carica pubblica, Marcella Di Folco diventa consigliere circoscrizionale del quartiere Saragozza di Bologna e consigliere comunale dei Verdi Arcobaleno (di cui è anche fondatrice) tra il 1995 e il 1999<sup>1</sup>, nella giunta guidata dal sindaco Walter Vitali (PCI). Nel 1998 viene nominata vicepresidente dell’ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere, di cui il MIT è tra i membri fondatori). Alle elezioni politiche nel 2001 è candidata del Girasole (Verdi, SDI) e nel 2004 del PDCI per il Parlamento Europeo e per il Consiglio Provinciale di Bologna; infine alle

---

<sup>1</sup> In particolare Di Folco si candida alle elezioni del 1995 per la lista “Verdi per Bologna” che va al governo della città in coalizione con le liste “Due Torri per Bologna” (PDS) e “Democratici per Bologna” (Partito Popolare e altri) (Cangelosi 2015, 311)

politiche del 2006 è candidata al Senato della Repubblica (circoscrizione Emilia-Romagna, Verdi).

La sintetica ricostruzione biografica della prima presidente del MIT restituisce il profilo di un'attivista per i diritti delle persone trans, ma anche di un'importante figura politica a livello cittadino e nazionale<sup>2</sup>: “La sensazione era chiara: tu quando incontravi Marcella avevi la sensazione di aver incontrato un personaggio storico”, ricorda Simone (attivista “di lungo corso” del MIT, nonché regista del film-documentario su Marcella Di Folco, *Una nobile rivoluzione*).

L'impegno di Marcella Di Folco in un contesto politico in prevalenza istituzionale, unito all'esperienza di partecipazione politica all'interno dei movimenti collettivi e sociali degli anni Settanta e Ottanta (extraparlamentari, femministi e omosessuali) vissuta dalle altre due fondatrici del MIT bolognese (l'attuale presidente e la presidente onoraria), sovrapponendosi, assegna fin dall'inizio all'associazione e alle molte attività in essa svolte un'impronta di carattere fortemente militante a favore dei diritti civili e politici delle persone transessuali.

Si rende a questo punto necessaria una precisazione, funzionale ad una più specifica contestualizzazione del consultorio MIT nella cornice della società italiana contemporanea. In seguito all'approvazione della legge 164/1982, dal punto di vista della gestione delle procedure mediche, nessun cambiamento concreto aveva avuto luogo, se non il fatto – certamente di fondamentale importanza – di rendere legalmente praticabili gli interventi di cambio di sesso: non erano cioè state previste né formazioni professionali né strutture sanitarie adeguate a rendere operativa e sicura la transizione di genere.

Solo nel 1990, su sollecitazione di alcune attiviste del MIT (Movimento Italiano Transessuale) – e in particolare di Porpora Marcasciano, allora nel MIT romano, e Roberta Ferrante, pioniera delle battaglie per la 164/1982 – la Regione Lazio si dota dei primi protocolli medici e delle prime convenzioni con strutture sanitarie private e pubbliche per la gestione del percorso psicologico, ormonale e chirurgico. Approvata quell'anno, la legge n. 59/1990 (che prese il nome di Primo Mastrantoni, il consigliere regionale dei Verdi Arcobaleno, che se ne fece promotore)<sup>3</sup> era finalizzata a garantire la piena attuazione della

---

<sup>2</sup> La particolarità del percorso biografico di Marcella Di Folco risiede anche nel suo essere stata in un periodo precedente la sua passione politica – e nelle vesti maschili di Marcello Di Falco (suo nome di nascita) – un attore particolarmente amato da Francesco Fellini, che lo volle in *Satyricon*, *Amarcord* e *La Città delle donne*. Lavorò inoltre per Dino Risi, Roberto Rossellini ed Elio Petri.

<sup>3</sup> Intervista di Porpora Marcasciano a chi scrive, Bologna 20 gennaio 2014 e audio del I Congresso straordinario europeo del MIT 15 ottobre 1989 (<http://www.radioradicale.it/scheda/33479?format=32>).

normativa 164/1982 e la tutela della salute delle persone transessuali<sup>4</sup>. Da tale iniziativa prende forma a Roma, presso l'Ospedale San Camillo-Forlanini, il primo centro italiano specializzato nell'assistenza nel percorso della riassegnazione di genere, il SAIFIP (Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psicica). Seguirono il centro di Torino (presso il Consultorio di Sessuologia dell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino) e, nel 1994, il consultorio del MIT.

Punto di partenza della realtà bolognese è invece la precedente e informale collaborazione intrapresa tra Marcella Di Folco e il presidio multifunzionale di Sessuologia clinica dell'Azienda USL di Bologna, un servizio di secondo livello operante in "raccordo funzionale" (qualora necessario) con i servizi sociali già a disposizione dell'Azienda Ospedaliera<sup>5</sup> al quale venivano indirizzate le persone con problematiche legate all'identità di genere.

Tale sinergia si trasforma in convenzione nel 1994 quando il Comune di Bologna assegna al MIT una sede per le attività dell'associazione, e in particolare per un progetto volto alla realizzazione di servizi di prevenzione dell'HIV e sostenuto economicamente dalla Regione Emilia-Romagna. L'unione di tali circostanze rende possibile l'avvio del "Consultorio AUSL di Bologna/Attività consultoriale convenzionata con l'AUSL città di Bologna-Associazione MIT"<sup>6</sup>, il primo e ad oggi unico esempio in Italia (e probabilmente in Europa) di consultorio pubblico gestito da un'associazione Onlus, rivolto all'accoglienza e all'informazione per la salute delle persone transessuali, travestite e transgender, e di tutti coloro che presentano un disagio legato all'identità di genere<sup>7</sup>.

Il progetto del MIT segna, rispetto al periodo precedente il 1994, un punto di svolta nelle pratiche di gestione e tutela della salute delle persone transessuali e transgender: come già detto, il consultorio si costituisce e si inserisce all'interno dello specifico contesto storico-politico e culturale cittadino e regionale, ma anche nel quadro delle battaglie per i diritti delle persone transessuali e transgender, di cui le attiviste stesse, attraverso i propri percorsi di vita,

---

<sup>4</sup> Cfr. Intervento di Primo Mastrantoni al I Congresso straordinario europeo del MIT 15 ottobre 1989 (<http://www.radioradicale.it/scheda/33479?format=32>). Con tale legge venne per la prima volta riconosciuto a livello regionale il diritto a trattamenti medico-chirurgici controllati e gratuiti (a carico del Servizio Sanitario Nazionale), insieme alla promozione della formazione di professionisti e di centri specialistici.

<sup>5</sup> Cfr. interviste delle psicoterapeute (ex coordinatrice e attuale coordinatrice del consultorio MIT) a chi scrive.

<sup>6</sup> Cfr. documento "Percorso medico-chirurgico per persone con disturbo dell'identità di genere, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi" (anno 2011), reperito tramite richiesta diretta all'associazione MIT.

<sup>7</sup> Cfr. Documento "Convenzione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e il movimento identità transessuale (MIT) per attività di accoglienza ed informazione a favore di pazienti con disturbo sull'identità di genere (DIG)" (anno 2011).

si sono rese protagoniste<sup>8</sup>. Contemporaneamente, esso rappresenta anche un *continuum* rispetto alla precedente esperienza di collaborazione con il servizio di Sessuologia clinica della ASL locale, dalla quale eredita sia la messa in rete con i servizi socio-sanitari del territorio sia l'approccio multidisciplinare. Tuttavia, rispetto a quella iniziativa, proprio l'esistenza di un luogo dedicato (la sede dell'associazione) si configura come la caratteristica di maggiore peculiarità.

Il riconoscimento istituzionale di tale unicità si concretizza nella convenzione (rinnovata con scadenza triennale) tra il MIT e la ASL. Tale convenzione riguarda le consulenze consultoriali di terapia psicologica e endocrinologica<sup>9</sup> che beneficiano di finanziamenti regionali<sup>10</sup> rivolti alle “specifiche attività per la tutela della salute dei cittadini transessuali, di assistenza psicologica e di prevenzione/informazione finalizzata a dare risposta adeguata a problemi e bisogni complessi”. Inoltre, una seconda convenzione è quella stretta tra il MIT e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna (e in particolare con i reparti di Ginecologia, Chirurgia Plastica e Andrologia) per la gestione degli interventi chirurgici<sup>11</sup>.

Come già detto, i punti di forza (ma allo stesso tempo di eccentricità) del consultorio sono molteplici, a partire dalla presa in carico degli utenti da parte di un'équipe multidisciplinare e interdisciplinare. Da subito la convenzione ha infatti previsto la presenza di tre psicoterapeute: un supervisore (originariamente la psicoterapeuta già responsabile del presidio di Sessuologia clinica) e due psicoterapeute (entrate a far parte dell'équipe del consultorio MIT fin dal suo nascere e quindi con una formazione specifica pluriennale sulle questioni inerenti l'identità di genere maturata “sul campo”)<sup>12</sup>; un'endocrinologa/ginecologa; un andrologo; un chirurgo plastico. Il lavoro di accoglienza, informazione (fisica e telefonica) relativa al percorso di transizione di genere, di organizzazione dei colloqui di presa in carico e psicologici (che si svolgono presso il MIT), di prenotazione di visite ambulatoriali e invii per

---

<sup>8</sup> L'accezione al femminile è motivata dal fatto che, alle origini del MIT di Bologna e del movimento trans italiano in generale, ci siano state esclusivamente donne transessuali e transgender (Cfr. al primo capitolo). La visibilità politica e l'attivismo delle persone trans FtM inizia a rivelarsi intorno agli anni Novanta e attualmente all'interno del MIT (sia nel gruppo di attivisti/e sia tra gli/le utenti) si è arrivati ad un numero pressoché equivalente di persone trans che (seppur con gradazioni differenti) si identificano nel genere femminile e maschile.

<sup>9</sup> Cfr Documento “Rinnovo della convenzione tra l'Azienda USL di Bologna e l'Associazione ONLUS MIT per la tutela della salute dei cittadini transessuali e delle loro famiglie” (triennio 2010-2012).

<sup>10</sup> Sulla particolarità del “caso Emilia-Romagna” si veda Tognetti Bordogna e Ornaghi (2010).

<sup>11</sup> Cfr intervista alla coordinatrice psicoterapeuta del consultorio MIT a chi scrive e documento “Convenzione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e il movimento identità transessuale (MIT) per attività di accoglienza ed informazione a favore di pazienti con disturbo sull'identità di genere (DIG)” (anno 2011), p. 2.

<sup>12</sup> Per la sopraggiunta età pensionabile della dottoressa deputata alla supervisione, nel 2013 tale incarico è passato ad una delle due psicoterapeute che collaborano con il MIT, e una terza psicoterapeuta è entrata a far parte dell'équipe del consultorio.

interventi chirurgici presso l'ambulatorio ospedaliero dedicato è svolto da un'operatrice sociale "alla pari" (ovvero una donna transessuale), formata *ad hoc* per le attività richieste dalla struttura.

È interessante osservare come la strutturazione del consultorio MIT sia assimilabile al modello terapeutico "transpositive" elaborato da Rupert Raj (2002) e pubblicato nella rivista *The International Journal of Transgenderism* (vol. 6, n. 2), organo ufficiale del WPATH (World Professional Association Transgender Health): in esso infatti la compresenza di un *continuum* di competenze culturali, pratiche cliniche e servizi di supporto coincide quasi totalmente con quella presentata nel caso di studio scelto<sup>13</sup>:

**Figure 1a: A continuum of transpositive support**

<b>PSYCHO-THERAPEUTIC</b>	<b>PSYCHOSOCIAL</b>	<b>LEGAL</b>	<b>PARA-MEDICAL</b>	<b>PSYCHOLOGICAL/ PSYCHIATRIC/ MEDICAL</b>
Exploration of options re: gender identity, sexual orientation and sexual identity	Peer and community support (trans, queer communities)	Legal change of name; Legal change of sex; Child protection issues; Custody battles; Human rights suits	Electrolysis	Psychological/Psychiatric assessments re GID; Letters of Recommendation; Medical Assessment; Hormone therapy; Sex-reassignment surgery

**Figure 1b: A Continuum of Transpositive Para-Medical and Medical Interventions**

<b>PARA-MEDICAL</b>	<b>MEDICAL</b>		
<b>Electrolysis</b>	<b>Puberty-delaying agents</b>	<b>Cross-sex hormones</b>	<b>Sex-reassignment surgery</b>
(beard and body hair removal)	(LHRH agonists or medroxyprogesterone)	(androgens/estrogens and progesterones)	(breast removal/augmentation; genital construction)

Fonte: Raj (2002)

<sup>13</sup> Addirittura il servizio di epilazione, seppur non formalizzato all'interno delle collaborazioni del MIT, è stato effettuato fino in tempi recenti ad un'estetista/infermiera, diventata negli anni un vero e proprio punto di riferimento per le transessuali bolognesi.

Nello specifico, le procedure seguite dai professionisti del consultorio del MIT sono quelle indicate dall'ONIG<sup>14</sup>. I criteri suggeriti – che a loro volta si rifanno agli *Standard of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non Conforming People* promossi dal WPATH – sono “raccomandazioni *minime indispensabili* da applicare nelle richieste di adeguamento medico e/o chirurgico dei caratteri sessuali (...) volte alla definizione di linee guida di intervento medico, chirurgico, psicologico e legale a garanzia della qualità dell'assistenza alle persone che intraprendono percorsi di adeguamento ed a garanzia delle attività dei professionisti”<sup>15</sup>. Le linee guida ONIG<sup>16</sup> di seguito riportate, corrispondono dunque in ampia parte ai trattamenti cui vengono sottoposte le persone che accedono al consultorio MIT, e con i quali di conseguenza queste ultime si trovano a negoziare i progetti di modificazione dei propri corpi per tutta la durata della presa in carico presso il consultorio:

- **Analisi della domanda e valutazione dell'eleggibilità**

1. I programmi di adeguamento medico e/o chirurgico e psico-sociale, nonché il percorso legale di riattribuzione chirurgica di sesso secondo la legge n.164 del 1982, mirano ad evidenziare le motivazioni, le aspettative e il contesto che hanno portato l'utente alla richiesta di riattribuzione di sesso, verificare quanto questa possa inserirsi nel quadro di una problematica di genere e concordare un progetto individualizzato, mediante un'approfondita analisi della domanda e una valutazione della personalità e dell'ambiente socio-relazionale. Condizione preliminare al passaggio alle fasi successive del percorso è, infatti, la determinazione della più esatta natura del disagio legato all'identità di genere posta all'origine della richiesta e la definizione di un progetto individualizzato sulle necessità del caso.
2. Ogni fase del progetto concordato deve prevedere una stretta integrazione tra il piano medico e/o chirurgico e quello psico-sociale.
3. In presenza di diagnosi di rilievo psicopatologico, la cui risoluzione viene ritenuta primaria rispetto al programma di riattribuzione chirurgica di sesso, va data precedenza agli interventi terapeutici comunemente adottati per tali condizioni.
4. Il programma di adeguamento medico e/o chirurgico può essere intrapreso da persone che abbiano raggiunto la maggiore età, tranne diversa disposizione del Tribunale dei Minori. In caso di soggetti minorenni si considera, comunque, auspicabile l'offerta di un percorso psicologico rivolto all'interessato, con modalità e prassi relative all'età, ed ai suoi familiari.

- **Iter di adeguamento**

1. L'ingresso nel programma di adeguamento medico e/o chirurgico prevede, in fase preliminare, che la persona venga informata su tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e sull'irreversibilità di alcune di esse, affinché possa esprimere un consenso informato scritto, inerente il progetto concordato.
2. A partire dalla richiesta di riattribuzione, il programma psicologico, parallelo e integrato con quello medico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere la persona e ad aiutarla ad elaborare i vissuti connessi alle modificazioni ormonali e somatiche ed alle relative espressioni sul piano socio-relazionale. Il programma psicologico, oltre ad avere una primaria

<sup>14</sup> Attualmente la presidente del MIT, Porpora Marcasciano, è anche la vice-presidente dell'ONIG, e la psicoterapeuta che si occupa della supervisione del consultorio, ne è la segretaria.

<sup>15</sup> Cfr. sito web dell'ONIG (<http://www.onig.it/drupal/?q=node/1>).

<sup>16</sup> *Ibidem*.



funzione di sostegno, mira all'elaborazione delle questioni eventualmente emergenti durante il percorso, relative non soltanto alle tematiche di genere, ma alla più complessiva vicenda esistenziale.

3. In considerazione di alcuni effetti delle terapie ormonali che sono irreversibili sul piano somatico e possono avere ricadute sul piano psicologico, si prevede che l'utente prima di iniziare ad assumere ormoni abbia intrapreso, secondo modalità concordate con l'équipe, un percorso psicologico adeguato, individuato caso per caso. Si consiglia un percorso minimo di 4-6 mesi. Verrà valutata caso per caso la situazione in cui l'utente abbia già iniziato la terapia ormonale.

4. "L'esperienza di vita" nel ruolo del genere vissuto come più vicino rispetto al proprio interno sentire è considerata parte integrante del programma di riattribuzione chirurgica di sesso e deve avere una durata adeguata che permetta l'acquisizione delle caratteristiche psicofisiche desiderate. Si consiglia un periodo minimo di 8-12 mesi.

5. Ottenuta l'Autorizzazione del Tribunale, la riattribuzione chirurgica del sesso avverrà su parere concorde dei diversi operatori intervenuti nelle diverse fasi dell'iter, solo dopo aver verificato la piena consapevolezza della persona rispetto alla propria scelta e la piena assunzione di responsabilità rispetto ad essa, purchè comunque ottemperate le indicazioni sulle terapie ormonali e sull' "esperienza di vita", di cui ai punti 3 e 4.

6. Variazioni relative ai criteri e alle procedure d'intervento devono essere adottate solo in casi specifici, con motivazioni ampiamente documentate. Gli operatori interromperanno il trattamento di chi non si attiene al programma terapeutico concordato.

- **Follow up**

1. A garanzia della salute della persona, intesa come benessere psico-fisico e sociale, i predetti operatori si impegnano a garantire la continuità del percorso integrato di sostegno. Il follow-up ha la finalità, non solo, di verificare le condizioni psicofisiologiche e l'inserimento socio-relazionale connessi con gli adeguamenti effettuati, ma anche di aiutare la persona ad affrontare i complessi vissuti emozionali conseguenti al percorso di adeguamento

2. Per quanto attiene alla terapia ormonale, la persona, resa consapevole della necessità di proseguirla per l'intero arco di vita, dovrà sottoporsi a controlli periodici annuali o altrimenti concordati.

## 1. Originalità e ambivalenze

Come accennato, la principale peculiarità che l'analisi del contesto porta alla luce è rappresentata dal *setting*: le attività consultoriali e le molte iniziative dell'associazione si svolgono infatti all'interno di un'unica sede<sup>17</sup>. Inoltre, va a costituire ulteriore elemento di eccentricità del caso scelto (ma anche, come si vedrà, di potenziale criticità) il fatto che queste siano gestite da un gruppo di persone trans, alcune delle quali contemporaneamente attiviste ed utenti del consultorio MIT (fatta esclusione per le attività cliniche).

Dalla ricostruzione effettuata, emerge inoltre come le risposte ai bisogni delle persone transgender o transessuali siano state formulate – e tradotte fino ad essere rese comprensibili per i soggetti istituzionali che hanno sostenuto il progetto del consultorio – direttamente dalle

---

<sup>17</sup> Nel 2014 il Comune di Bologna, con una convenzione di sei anni rinnovabile, ha assegnato al MIT una sede più ampia e idonea allo svolgimento di tutte le molte attività dell'associazione.

fondatrici. A partire dalle proprie esperienze di transito (e da quelle delle persone presenti nelle comunità trans più allargata di cui erano parte), queste ultime si sono dimostrate capaci di creare e sviluppare un sistema di gestione del benessere e della salute trans precedentemente inesistente.

Il percorso storico-politico che ha portato all'istituzionalizzazione dell'esperienza di autogestione dei consultori per la salute della donna negli anni Settanta a favore di una riappropriazione critica del corpo femminile, fornisce spunti importanti di analisi (anche in senso comparativo) del caso MIT. Mutuando una riflessione di Luciana Percovich, è possibile affermare che anche in quest'ultimo caso le protagoniste hanno cercato di immaginare “nuovi modi di vivere, di sentire e di pensare il proprio corpo”, agendo “direttamente e in prima persona, costruendo da sé gli spazi per farlo e inventando strumenti per la conoscenza di sé, la cura e il soccorso reciproco” (Percovich 2005, 10).

Similmente a quanto accaduto per i consultori pubblici, nella creazione del consultorio per la salute delle persone trans è infatti possibile individuare pratiche di “restituzione” delle riflessioni e delle risposte maturate collettivamente all'interno dell'esperienza e della comunità transessuale, elaborate come strategie finalizzate a contrastare gli stereotipi o colmare i vuoti lasciati dai servizi di assistenza professionali, dai discorsi medico-sanitari in generale (fortemente connotati in senso maschile ed eterosessuale) (Hines 2007a).

Inoltre, grazie al confronto con precedenti ricerche svolte in ambito anglosassone – indirizzate ad analizzare pratiche di assistenza e creazione di reti di supporto di matrice non eterosessuali – è stato possibile rintracciare un nesso tra il progetto del consultorio e l'attività di informazione e prevenzione all'HIV portate avanti dal MIT. Tra gli anni Ottanta e Novanta, all'interno delle comunità lgbtqi frequenti sono state infatti le esperienze di riappropriazione del diritto alla salute e alla cura, elaborate in re-azione alla diffusione dell'HIV e allo scarso sostegno finanziario e operativo offerto dai governi e dai servizi sanitari pubblici in generale. Questi ultimi, al contrario, hanno giocato un ruolo centrale nella progressiva marginalizzazione di alcune fasce della popolazione e delle comunità maggiormente colpite (in primo luogo le comunità gay) (Altman 1993; Berridge e Strong 1993; Weeks 1993; Gould 2009; Hildebrand 2006). Tali pratiche di assistenza si sono concretizzate in una serie di azioni quali la creazione di organizzazioni di volontariato, informazione, gruppi di auto-aiuto a livello locale e nazionale, che hanno avuto la capacità di ridefinire la nozione di comunità anche come spazio di identità e di resistenza (Weeks et al. 2001, 90). In questo senso dunque, gli studi sui movimenti sociali impegnati nella rielaborazione di un concetto di benessere non tradizionale e non istituzionale sostengono il ruolo chiave giocato dai movimenti stessi nella

trasformazione dei soggetti da destinatari/beneficiari passivi a soggetti attivamente coinvolti in prima persona nei processi di mutamento delle politiche sociali (Williams 1999, 683).

Il caso scelto da questo lavoro di ricerca offre un ulteriore riscontro in questo senso. I servizi creati dal MIT sono stati infatti capaci di sviluppare servizi di supporto e tutela prima mancanti fuori dalla (ma anche internamente alla) comunità trans. Tuttavia – ed è questo il dato che maggiormente costituisce l’eccezionalità e la complessità del caso di studio considerato – per articolarsi e durare nel tempo tali servizi hanno avuto bisogno, oltre che della presenza e dell’attivismo trans, del sostegno aggiuntivo delle istituzioni (Weeks et al, 2001), che garantendo loro specifici finanziamenti ne ha garantito la legittimazione. Questo passaggio è molto chiaro nella descrizione di Simone, 46enne toscano, da molti anni attivista e membro del direttivo MIT (oltre ad essere il già citato regista del film-documentario su Marcella Di Folco):

Io credo che nel progetto del MIT ci sia questo: concretizzare la possibilità di fare un passaggio in maniera leggera, tutelata, sostenuta, integrata (con l’integrazione di psicologi, chirurghi, endocrinologi): questo è un consultorio. Un consultorio come il MIT ha un valore concreto e materiale, che è anche un valore simbolico. Per questo il rischio dei tagli mi fa tremare perché mi rendo conto che è un segno dell’arretramento, è un elemento della società di oggi rispetto ai nostri diritti. In tutti gli ambiti c’è un arretramento della qualità dei diritti sociali e quindi la qualità dei servizi, la cittadinanza: c’è un arretramento della possibilità della persona su tutti i piani, perché c’è uno smantellamento costante, compreso e primariamente nella sanità. Il consultorio ha un valore di presidio essenziale. Certi discorsi sono veramente rivoluzionari, certi posizionamenti sono veramente rivoluzionari. L’importante è riuscire, noi, a capire la portata di quei posizionamenti e non arretrare su certe cose, sapendo che esiste una “controparte” molto agguerrita. Il MIT ha ottenuto queste cose ed è andato a regime, è riuscito (anche se i soldi sono sempre diminuiti in relazione al fatto che aumentavano gli utenti), a funzionare. La situazione è complessa. Credo che gli attivisti come noi, dovrebbero avere chiara la situazione di contesto, la situazione politica, capire che tipo di relazione avere coi tecnici: è essenziale. Bisogna da una parte costruire un’alleanza, dall’altra una contrattazione. L’alleanza ci vuole, però non si può lasciare loro il potere: il problema di oggi credo che sia la verticalità che c’è nei soldi, perché se a un consultorio non gliene dai abbastanza, lo depotenzi, lo smonti nella sua possibilità di esistere, lo distruggi. E poi i tecnici si sono fatti un potere. Oggi c’è un dislivello, un’asimmetria. (...) Se uno ha chiaro che il corpo è il nostro strumento per stare al mondo, per raggiungere la felicità, l’autorealizzazione, la dignità, allora tutto quello che ha a che fare con questo ci riguarda tutti. Non a caso sono consultori: vengono dalla grande tradizione degli anni Settanta, è la nostra eredità. Questo è il prodotto del femminismo: l’autodeterminazione delle donne ha scardinato, ha dato il via a questo. Il punto è: noi nella nostra azione costante del fatto di stare dentro il MIT abbiamo chiaro qual è la nostra tradizione, perché ci stiamo? Quindi in realtà è la storia che ci salva: com’è nato il MIT, cos’è stato fatto all’inizio? Qual è stata la formula che ci ha portato qua? La sua missione primaria: cosa serve per le persone trans e come si può ottenere. Ragionare su cosa serve e come disegnarlo. E collegarsi con gli altri consultori. Noi abbiamo un capitale enorme. (Simone)

A partire dalla sua articolazione, il MIT sembra avere elaborato un concetto di salute e benessere non appiattito sulle sole politiche sanitarie e di welfare (dalle quali non intende tuttavia prescindere), ma arricchito da un insieme di pratiche politiche e atti quotidiani di supporto ed elaborazione dell’esperienza trans. In altre parole è andata delineandosi quella

che si potrebbe definire una *practice of care* propria dell'associazione, frutto dell'incrocio tra attività politico-culturale e ventennale esperienza consultoriale: una realtà che si configura come un di più o altro rispetto agli *standard of care* nazionali e internazionali utilizzati (di carattere prettamente clinico e sanitario).

Le stesse caratteristiche che costituiscono elemento di peculiarità portano tuttavia all'interno dell'organizzazione problematicità ampie e complesse che il presente lavoro ha inteso approfondire. In primo luogo, le pratiche mediche di gestione e patologizzazione dell'esperienza trans creano uno spazio di tensione tra l'anima politica "attivista" – maggiormente orientata alla critica di tali pratiche – e quella istituzionale che, al contrario, in queste ultime trova la propria legittimazione e ragione d'essere e che il consultorio, seppur con le sue molteplici sfaccettature, rappresenta e agisce anche attraverso l'adesione ai protocolli medici e alle linee guida dell'ONIG e del WPATH. In secondo luogo, e a proposito di queste ultime, va sottolineato che il dichiarato intento di voler mirare alla definizione di un progetto di "cura" quanto più possibilmente personalizzato sembra essere contraddetto dalla richiesta di maggiore individualizzazione dei trattamenti avanzata da alcuni testimoni (attivisti del MIT) cui la ricerca empirica ha dato voce (Cfr. al sesto capitolo). Le interviste al personale clinico e medico coinvolto nella convenzione hanno portato alla luce la differenza interna all'équipe rispetto agli approcci utilizzati. A proposito del processo di costruzione del percorso clinico con le persone che accedono al consultorio, la psicoterapeuta con ruolo da supervisione del consultorio, afferma:

P. È sempre tutto relativo al tema e alle variabili che porta una persona: la richiesta che pone, a che punto è della vita, cosa ha già fatto della transizione eccetera. Un tempo c'erano degli standard di cura più rigidi, che segnavano dei tempi stabiliti di lavoro psicologico, per la preparazione alla terapia ormonale e poi per la preparazione chirurgica. Oggi questi criteri di linea, gli standard internazionali, sono diventati molto flessibili, nel senso che è un incontro tra professionisti e la persona che hai di fronte, alla luce proprio anche di questa possibilità di radicamento della propria vita e della propria tematica in modo certamente più fluido e più possibile nel mondo. Quindi c'è un'autodeterminazione che è sempre più riconosciuta.

S. *C'è anche un'individualizzazione delle terapie?*

P. Questo c'è da sempre nella nostra forma mentis. Oggi è più riconosciuto anche questo tipo di diritto dell'utenza, che porta un'istanza che è propria di una autodeterminazione che va certamente assunta come linea guida nella vita della persona.

S. *La somministrazione è individualizzata o standard?*

P. Assolutamente individualizzata: è chiaro che si tratta di alcuni formulari, perché sono quelli i percorsi, ma poi è il medico con lo psicologo specialistico in terapia di transizione che valuta caso per caso, in considerazione dell'anamnesi medica, il tipo di terapia sostenibile somministrabile e anche la storia che viene monitorata da accuratissime analisi, tantissime all'inizio, perché qui l'obiettivo è la tutela della salute a medio e a lungo termine, non solo a breve. Quindi vengono fatte molte analisi e su queste si procede con la terapia ormonale, la quale terapia ormonale è quando viene proposto il minimo dosaggio per il massimo risultato.

Per ragioni legate alle pratiche cliniche, è evidente che un approccio individualizzato è reso possibile in misura maggiore per i percorsi psicologici, rispetto ai trattamenti ormonali e chirurgici. Tuttavia, ciò che le interviste alle figure mediche portano alla luce è la quasi totale estraneità e resistenza verso tali richieste, insieme ad un'adesione salda alle standardizzazioni terapeutiche<sup>18</sup>. Al riguardo, l'endocrinologa afferma:

*S. Voi seguite uno standard di cura particolare?*

E. Certo abbiamo delle linee guida, sono delle linee guida basate in parte sull'evidenza in parte sull'esperienza dettata dalla Società Internazionale che si chiama WPATH e dalla Società Americana Internazionale di Endocrinologia che dà le linee guida.

*S. Questo percorso cosa prevede? Sono molto rigide oppure ci sono dei margini di contrattazione individuali?*

E. Le linee guida sono basate sull'evidenza scientifica e quello che l'evidenza scientifica ci suggerisce rispetto al tipo di ormoni da somministrare, i dosaggi, i tempi, i controlli da fare (quindi la frequenza dei controlli, la diagnosi: come in tutti gli altri campi della medicina). (...) Sono cose standard che si prescrivono...

Le parole della specialista vanno dunque in direzione opposta rispetto alle rivendicazioni avanzate da alcuni utenti (tendenzialmente molto auto-formati e informati sulle possibilità a loro disposizione per la realizzazione del proprio progetto di modificazione corporea, sulle tecniche e le tempistiche sentite come più aderenti ai propri desideri e alla propria identità di genere). Le richieste di approcci maggiormente personalizzati si configurano come espressione di un bisogno soggettivo di auto-riconoscimento e auto-progettazione del sé che passa anche attraverso una maggiore auto-gestione delle terapie e delle modificazioni corporee ad esse correlate (per le persone trans che desiderano intraprenderle).

Alla luce della ricerca empirica viene in sostanza ad essere confermato quanto ipotizzato all'inizio di tale itinerario di ricerca: e cioè che la tendenza all'individualizzazione espressa dai soggetti nei confronti della gestione del proprio corpo nel contesto delle terapie del transito di genere (Shilling 1992) si inserisce a pieno titolo all'interno dei più generali processi di individualizzazione messi a tema da autorevoli analisi sociologiche (Bauman 2001; Beck, Beck-Gernsheim 2002). D'altro canto, proprio le strutture e le risorse messe a disposizione dal MIT e il continuo sforzo di conquista di visibilità e ricollocazione dell'esperienza trans nello spazio pubblico compiuto dall'associazione concretizzano la possibilità di elaborare percorsi di assistenza più attenti alle esigenze dei singoli, rappresentando contemporaneamente una garanzia dal rischio di caduta nei processi di estrema privatizzazione del corpo propri delle società post moderne (Bauman 1998; Vicarelli 2013). L'esplicitazione e la rielaborazione collettiva di tale bisogno all'interno di un contesto

---

<sup>18</sup> Costituisce un'eccezione in questo senso, oltre alle psicoterapeute, anche la biologa intervistata, referente fino al 2013 delle terapie ormonali e della ricerca scientifica presso l'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi.

specifico quale quello studiato crea dunque le condizioni per la ricerca di strategie collettive sia a livello culturale sia sotto il profilo delle pratiche politiche e delle politiche sociali.

È tuttavia necessario non trascurare come la struttura consultoriale nasca e operi all'interno dello stesso contesto di post modernità e ristrutturazione economica neoliberista<sup>19</sup> (Vicarelli 2013, 12) che ha fatto da cornice alla definizione del processo di biomedicalizzazione della società (e dunque dell'esperienza trans) (Spade 2014), e di progressiva individualizzazione sociale. Essa dunque da una parte risponde agli standard e ai protocolli medici elaborati a livello nazionale ed internazionale, e subisce dall'altra i mutamenti socio-economici in atto, segnati da una profonda crisi economico-finanziaria e dai conseguenti processi di riorganizzazione del sistema di welfare, a loro volta sempre più indirizzati alla responsabilizzazione individuale piuttosto che alla tutela della salute e all'erogazione di fondi pubblici<sup>20</sup> (Colombo 2013; Vicarelli 2013; William 1992; Arfini 2014). “Quei processi – scrivono Lusardi e Manghi (2013, 156) –

hanno dato corpo a una poderosa trasformazione culturale, in direzione tendenzialmente tecnocratica, che ha investito in profondità tutti gli attori della scena della cura, trasformandola in un luogo di incontro tra esigenze auto-realizzative sempre più individualizzate e opportunità tecnoscientifiche sempre più anonimizzate, nella quale le questioni inerenti il senso da attribuire alla salute alla cura vengono fortemente depotenziate o derubricate a faccende soggettive”.

Il corpo trans, in quanto corpo patologizzato è dunque esposto al rischio di eccessiva individualizzazione dei progetti sul corpo se, come osserva Moore (2010, 96), “attaining the healthy body is a matter of perpetual self-maintenance, a highly individualized project that, in Foucault's terms, constitutes a ‘technology of the self’”.

All'interno di tale scenario, risulta evidente come il MIT si situi in maniera ambivalente rispetto al percorso – individuale, sociale e politico – del transito di genere. È proprio l'ambivalenza di ruolo, che gli studi sociologici definiscono come la possibilità di mettere in atto diverse alternative di comportamento e interazione a partire dal medesimo ruolo (Merton 1976; Nedelmann 1992; Calabrò 1997) – a rivelarsi centrale nell'analisi svolta. Il MIT si presenta infatti come un'organizzazione dinamica nella quali sono compresenti norme e contro-norme, che trovano corrispondenza nei differenti livelli, apparentemente

---

<sup>19</sup> Secondo Ferrera (2013), l'ultimo decennio ha visto compiersi anche il declino del neoliberismo, spostandosi verso quello che l'autore definisce “post-neoliberismo”.

<sup>20</sup> Costituisce un esempio concreto di quanto detto, e una svolta fondamentale nella storia dell'associazione e del consultorio MIT, il fatto che dal 2015 la Regione Emilia-Romagna abbia sostituito la convenzione con un bando di gara annuale per l'assegnazione dei servizi consultoriali (Cfr. l'intervista di Porpora Marcasciano: <http://www.radiocittadelcapo.it/archives/consultorio-mit-a-rischio-marcasciano-si-lavora-gratis-da-mesi-160623/>).

contrastanti, che la compongono, ma nel cui spazio intermedio sembra crearsi la possibilità di creazione del plusvalore sociale e politico di tale realtà.

Quanto detto è evidente accostando al normale e quotidiano svolgimento dell'attività consultoriale del MIT alcune particolari esperienze, che si sono sviluppate parallelamente e contestualmente ad essa, nel periodo della ricerca sul campo. Si tratta di iniziative portate avanti dall'associazione ai diversi livelli politico, culturale, giuridico e sanitario. Lo scopo è stato quello di approfondire le (auto)rappresentazioni dell'esperienza e dei corpi trans elaborate all'interno del MIT, oltre e accanto ai discorsi e alle rappresentazioni più strettamente cliniche che – per sua stessa natura – una struttura come il consultorio sottende. Tali rappresentazioni non solo costituiscono parte integrante della pratica politica del gruppo, ma rappresentano anche una potenziale leva per la riformulazione della categoria di cittadinanza *tout court* e, in particolare, per riflettere sulla possibilità (o impossibilità) di una cittadinanza trans oggi (riflessione alla quale è stato dedicato anche il capitolo conclusivo).

### *L'Osservatorio sulla salute Trans*

Il primo esempio che si intende riportare è rappresentato dall'“Osservatorio sulla salute Trans” nato nella primavera del 2014 per iniziativa di un gruppo di attivisti (due dei quali anche utenti del MIT e partecipanti alla presente ricerca). L'Osservatorio ha espresso l'intenzione di raccogliere informazioni, materiali informativi, opinioni e spunti di riflessione sui “molteplici aspetti riguardanti non solo il percorso medico-legale di transizione, ma anche la salute generale e le esperienze transgender che non seguono predefiniti percorsi istituzionali”<sup>21</sup>. L'obiettivo è stato quello di stimolare il coinvolgimento diretto delle persone trans nelle questioni che riguardano la loro stessa salute. Il gruppo ha selezionato alcuni documenti-linee guida per psicoterapeuti, endocrinologi e medici di base, provenienti prevalentemente dal mondo trans (per lo più statunitense, per la maggiore ricchezza che presenta) e da contesti ad esso vicini<sup>22</sup>. Nel febbraio 2015, si è tenuta la prima (e ad oggi unica) iniziativa dell'Osservatorio: professionisti e operatori dell'ambito psicologico/psicoterapeutico e attiviste/i trans che collaborano con sportelli e/o servizi sanitari sul territorio nazionale sono stati invitati a partecipare ad un workshop presso la sede del MIT, con la finalità dichiarata di discutere e riadattare per il caso italiano un testo contenente linee guida rivolte ai terapeuti americani che lavorano con persone trans, e individuare

---

<sup>21</sup> Cfr sito web: <http://www.mit-italia.it/osservatorio/>.

<sup>22</sup> I documenti sono consultabili sul sito web del MIT all'indirizzo riportato sopra.

collettivamente possibili soluzioni alle problematiche che le persone trans affrontano nell'accesso ai servizi sanitari<sup>23</sup>.

Il risultato di tale incontro è stata una discussione condivisa sull'opportunità e l'utilità di sviluppare "linee guida per i professionisti dell'ascolto (psichiatri, psicoterapeuti e psicologi, ma anche educatori, operatori sociali, assistenti sociali, operatori di strada e in genere chi lavora a contatto con adolescenti e/o adulti nel settore educativo e socio-sanitario) basata sui saperi Trans\* (e non solo...)". Linee-guida che, auspicano i partecipanti, siano capaci di individuare soluzioni alle problematiche che le persone trans affrontano nell'accesso ai servizi sanitari e nel rapporto con il personale incaricato, a partire da linguaggi e approcci condivisi e elaborati dall'interno del mondo trans stesso. I destinatari di tale lavoro sono stati selezionati sulla base del fatto che – come si evidenzia nell'incipit delle linee guida –

“spesso questi professionisti non hanno una conoscenza adeguata della realtà Trans, e corrono il rischio di porsi in modo inadeguato aderendo a stereotipi diffusi e scorretti, anche attraverso domande che possono essere percepite come morbose e inappropriate. Le indicazioni che seguono sono basilari e di natura socio-politica, ma necessarie alla luce delle esperienze riportate dalle persone Trans”<sup>24</sup>.

Il lavoro dell'Osservatorio (che sarebbe più opportuno considerare nella sua declinazione di attivismo) si è incrociato dunque a vari livelli con le attività e la visione dell'associazione (di cui peraltro è pienamente parte). Tale virtuosa sovrapposizione è emersa in particolare – introducendo la seconda tipologia di attività di cui si intende parlare – nel maggio 2014, quando uno dei fondatori dell'Osservatorio (e intervistato per la presente ricerca) è intervenuto come relatore nel corso del seminario *A/traversamenti... verso la felicità, oltre il bisturi i sogni, le storie, l'amore. Pareri posizioni confronti nel/del mondo Trans*, nella doppia veste di utente/attivista del MIT e dell'Osservatorio.

---

<sup>23</sup> Cfr. Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling (ALGBTIC), *Competencies for Counseling with Transgender Clients* (disponibile al link: [http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/ALGBTIC\\_Counseling\\_Transgender\\_Clients\\_Compencies.pdf](http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/ALGBTIC_Counseling_Transgender_Clients_Compencies.pdf)).

<sup>24</sup> Il risultato di tale discussione non è stato mai reso pubblico, a causa di una fase di *stand-by* in cui l'Osservatorio si è precocemente trovato. Nonostante ciò, è stato possibile avere accesso ai materiali “grezzi” e gli appunti citati, prodotti in quell'occasione. Per ragioni etiche (relative al fatto che si tratta di documentazione inedita) non si è considerato opportuno citare più di quanto fatto.



### *Il seminario A/traversamenti*

Promosso come momento di riflessione collettiva e collaterale al Festival di cinema transessuale “Divergenti”<sup>25</sup>, l’incontro è stato il momento di espressione pubblica di un dibattito ampio riguardante le problematiche legate alla medicalizzazione dell’esperienza trans, che si è sviluppato internamente al gruppo di attivisti del MIT in coincidenza del lavoro di campo. Costruito in forma di seminario, questo ha coinvolto associazioni e singoli appartenenti al mondo trans italiano, con l’obiettivo di “fare il punto della situazione e al contempo approfondire il discorso su questioni che ci riguardano da vicino quali la medicalizzazione (e tutto quello che prevede, comporta, causa) e la felicità intesa come benessere in un senso ampio, ricerca, amore”. Nel documento di convocazione, il MIT dichiara di aver concepito tale incontro a partire dal desiderio – emerso nei mesi precedenti all’interno del gruppo di attivisti – di condividere una discussione collettiva, sulla scorta dalle esperienze e problematiche vissute nel percorso di transito:

“Il titolo è stato coniato su alcune questioni che ultimamente sono emerse nel gruppo MIT e non solo in quello. Cosa è e cosa significa il percorso medicalizzato/medicalizzante, quanto questo sia centrale e spesso totalizzante nella vita delle persone T. La domanda è se si riesce ad andare, porsi, immaginarsi ‘oltre’ la parte medica (il bisturi appunto), se essa rappresenta una parte più o meno importante della vita delle persone T oppure si espande e assorbe tutto al punto di introiettare ‘il bisturi’ come simbolo e segno, e diventare portatori/trici di quel sapere”<sup>26</sup>.

Apprendo il seminario, la presidente del MIT parte dalla constatazione della crescente domanda – maturata dall’interno dell’associazione – “di uscire fuori dalla medicalizzazione obbligatoria” e dai significati e gli scenari che tale richiesta può contenere. Esplicitando il significato del titolo pensato per l’incontro, Marcasciano chiarisce:

“‘A/traversamenti’ come spostamento, movimento: volevamo dare il senso della non staticità, di passaggio da–a, verso qualcosa che più ci appartiene, verso qualcosa di più favoloso. Il transito e i transiti li abbiamo inerenti e scontati nella nostra vita: passiamo da qualcosa che ci appartiene poco a qualcosa che ci appartiene di più, da qualcosa che non ci fa stare bene a qualcosa che ci permette di stare meglio, di alzare la qualità della vita, del benessere”.

Tuttavia, prosegue ancora Marcasciano,

---

<sup>25</sup> Giunto (nel 2015) alla sua ottava edizione, “Divergenti” si è confermato come l’unico festival cinematografico in Italia interamente dedicato alla narrazione e alla rappresentazione cinematografica dell’esperienza transessuale e transgender.

<sup>26</sup> Cfr. il testo di convocazione del seminario ricevuto via e-mail come persona “vicina” al contesto del MIT e disponibile a fornire un contributo alla discussione.

“osservando le persone che entrano nella fase transitante (fatta di cure, ormoni, interventi) sembra che tutta la vita si avviti, giri intorno a quella parte, che diventa totalizzante, assorbe tutto il mondo facendo diventare il transessualismo quello, e non altro. Ma è possibile inserire questo avvitemento nel luogo che gli compete, o le persone si annullano in questa dimensione medicalizzata-ante?”.

Infine, nominando e discutendo i molti e diversi piani di discorso e attività che compongono il MIT, dichiara:

“Il MIT paradossalmente si trova su due piani distinti e separati. Da una parte si trova a gestire e offrire servizi altamente istituzionalizzati (come il consultorio); dall'altra ad aprire a momenti come questi che sono all'esatto opposto. A noi come associazione non basta la gestione di servizi: vogliamo andare oltre quelli riconoscendo la garanzia – e sottolineo 'garanzia' – di quelli. Garantire il benessere – e non parlo di salute – delle persone trans è necessario se non fondamentale. (...) Per il MIT è complesso e complicato – qualcuno lo vede come stare con due piedi in una scarpa – gestire da una parte ed essere area critica dall'altra. Come si fa a gestire questi percorsi e nel modo migliore dal punto di vista delle persone trans? Come unire questi due piani che potrebbero essere in antitesi, contrapposti e invece per noi – per tutta una serie di motivi, il primo dei quali è il percorso storico – li vediamo uniti e intrecciati?”<sup>27</sup>.

Tali parole sono emblematiche della complessità racchiusa nella realtà del MIT: nel passaggio – ormai ventennale – dallo status di beneficiari a quello di erogatori e garanti di pratiche di gestione e tutela del benessere trans. L'importanza oggi nel MIT, della condivisione di esperienze e saperi collettivi occupa costantemente uno spazio centrale, ponendo come necessario il confronto con le figure professionali, gli “esperti” depositari di saperi tradizionalmente considerati “oggettivi”. Nel contesto dell'associazione, questo significa che la riflessione politica e culturale interroga costantemente la struttura del consultorio e l'approccio medicalizzante che la costituisce. Mentre da un lato viene tematizzata e rielaborata la molteplicità di declinazioni possibili dell'esperienza trans, dall'altro si è di fronte alla standardizzazione medica del percorso di modificazione corporea e di genere. Non è un caso che, nell'incontro preparatorio al dibattito (svoltosi tra attivisti nel mese di marzo 2014), la presidente asserisca: “Noi dobbiamo riconoscere e prendere in considerazione tutte le possibili varianti, perché non c'è un modo solo di essere trans”<sup>28</sup>.

Le parole di Marcasciano si inseriscono all'interno di un più ampio dibattito internazionale a sostegno delle battaglie per i diritti delle persone trans. Non è un caso dunque se quanto affermato dalla presidente sembra far parte di un dialogo ideale con Dean Spade, avvocato transgender impegnato nelle battaglie per i diritti delle persone trans negli Stati Uniti:

---

<sup>27</sup> Cfr. la registrazione audio del seminario, in possesso di chi scrive.

<sup>28</sup> Cfr. la registrazione audio dell'incontro preparatorio in possesso di chi scrive (si veda a questo proposito il terzo capitolo, paragrafo 3).

“The negotiation of medical knowledge in trans people’s personal and legal struggles makes clear that multi-strategy approach is always necessary for political action. Legal reform will not be the forefront of bringing the fundamental changes to gender oppression that I desire. I believe in the necessity of litigation and policy work to alleviate immediate crises in the lives of trans people, but I also know that organizing and cultural work have been central to this movement since its inception. Even if we see increasing legal victories, we need to remember that it is that work which will lead to the kinds of change we want to see: change unmitigated by entanglement with the regulatory medical constructs that we are striving to escape” (Spade 2003, 37).

Intervenendo nel corso dello stesso seminario Mattia (trentottenne attivista/utente dell’Osservatorio e dell’associazione MIT) riattraversa da un punto di vista tanto soggettivo quanto collettivo la contraddizione frequentemente riscontrata tra “la ricerca del benessere delle persone trans e l’accettazione degli standard del percorso medico”, mettendo in primo piano l’altrettanto complessa questione legata all’individualizzazione delle terapie:

“Come si può fare ad adattare la transizione medica alla persona? La tendenza alla standardizzazione della cura non tiene conto della “singolarità” dell’individuo, del suo vissuto. Ci sono domande aperte, che circolano nel gruppo MIT: cosa rappresenta la transizione medica? Chi transita? Verso dove? (...) Possiamo dire che è il mondo che ha bisogno di ridefinire le persone trans per ridefinire le coordinate della sua collocazione sociale? La medicalizzazione e transizione medica sono una normalizzazione del percorso trans. Esiste una norma della normatività, una ricerca di un genere perfetto grazie anche alle tecniche mediche che si avvicinano a una maschilizzazione e femminilizzazione dei corpi sempre più perfetta. (...) Ma quanto questo desiderio è costruito socialmente? C’è un modo di abitare un altro immaginario che non sia la norma?”<sup>29</sup>. (Mattia)

Ciò che in tale occasione emerge con forza da parte degli attivisti del MIT è dunque la necessità di ridefinire i concetti di “medicalizzazione” e “ben-essere” e i complessi rapporti tra questi esistenti. Nel presente lavoro il concetto di “benessere” e “salute” – piuttosto che quello di cura<sup>30</sup> – sono stati utilizzati in forza della loro capacità di trattenere al loro interno sfumature e varietà di condizioni che permettono di andare oltre le polarizzazioni (sano/malato; normale/patologico; patologizzazione = normazione/depatologizzazione = liberazione) nelle quali spesso i discorsi e le politiche trans rischiano di rimanere affossati (Arfini 2014; Arietti et al. 2010), con il risultato di depotenziare gli aspetti di autodeterminazione presenti nelle esperienze soggettive (di cui la ricerca ha inteso rendere conto)<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Cfr. la registrazione audio del seminario in possesso di chi scrive.

<sup>30</sup> Tale scelta è anche motivata dal fatto dalla volontà di prescindere dai dualismi tradizionalmente proposti dai discorsi medici, per i quali l’uso del termine “cura” rimanda necessariamente all’esistenza di una patologia che per l’esperienza trans abbiamo detto essere artificiosamente e storicamente definita.

<sup>31</sup> Ritrovo tale riflessione in Arfini (2013) e Godano (2013). Entrambi i contributi sono contenuti nella pubblicazione che raccoglie gli atti del convegno “Chi ha paura della depatologizzazione?” (Torino, 31 marzo 2012), organizzato dal Circolo Maurice di Torino e dal MIT (Ballarin e Padovano 2013).

Quanto osservato dialoga utilmente con omologhe ricerche (Hines 2007a, 2007b; Davy 2011) che hanno interpretato la presenza di una comunità trans, composta da persone contemporaneamente fruitrici dei servizi e attiviste, come risorsa chiave per riuscire a costruire nuovi spazi di autodeterminazione per le persone transgender, capaci di includere un'idea di benessere e salute elaborata dall'interno dei contesti trans stessi.

In questo senso si esprime anche Leslie Feinberg (2001, 4), attivista transgender lesbica: “Now we as an emerging political movement of trans communities are speaking out with a collective voice to say that we are experts on our own lives and what we need as patients”.

La presa di parola diretta, finalizzata al confronto e alla creazione di strumenti di autodeterminazione, autodefinizione e autogestione del benessere delle persone trans, è il tratto comune dei due esempi di attività riportati (rispettivamente l'Osservatorio e il seminario). Queste ultime, a partire dalla messa in discussione della medicalizzazione e la standardizzazione dei trattamenti per il cambio di genere, formulano un invito ad invertire l'ordine del discorso che ha storicamente definito e programmato la condizione trans. Assumendo il punto di vista dell'esperienza trans, è il mondo infatti, e non le persone trans, a rivelarsi disforico, ovvero incapace di far corrispondere alla norma predeterminata (in senso binario ed eterosessuato) la molteplicità delle esperienze di incorporamento messe in campo dalle persone transessuali, transgender e *gender variant*. Per dirla con le parole di Paddy McQueen: “(...) Perhaps being in the ‘wrong body’ is more about our social world than some essential, pre-discursive form of bodily experience” (McQueen 2014, 542).

Inoltre, la sovrapposizione tra i due esempi di attività descritti avviene non solo per il tramite delle persone che li animano, ma anche perché essi si sviluppano parallelamente all'esperienza del consultorio e a tratti anche in dialogo critico con tale esperienza, su un livello che è contemporaneamente sia politico sia culturale. Da una parte infatti si individuano i gap presenti nella struttura consultoriale a livello di informazione e coinvolgimento diretto delle persone trans; dall'altra l'associazione persegue la volontà di creare momenti di riflessione intorno al rapporto delle persone trans – “troppo spesso considerate meri oggetti di ricerca piuttosto che soggetti capaci di presa di parola diretta sulle esperienze da loro vissute”<sup>32</sup> – con i saperi medici. Sotto questo profilo viene problematizzata la specifica esperienza del MIT, in un'ottica di confronto politico comune interno all'attivismo trans italiano con le associazioni e le esperienze presenti al seminario.

---

<sup>32</sup> Cfr. sito web: <http://www.mit-italia.it/osservatorio/>.

L'impressione che ne deriva è dunque quella di una (auto)rappresentazione dei corpi al plurale, fuori dalle dicotomie e dalle traiettorie predefinite di modificazione di genere, anatomiche ed estetiche, costruite in sedi "altre" (ovvero, le istituzioni medico-legali), prevalentemente occupate a ristabilire e rinforzare l'eteronormatività e la corrispondenza tra sesso e genere. Non di meno, resta centrale la preoccupazione di tutelare la salute e i diritti delle persone trans interessate all'accesso ai percorsi di medicalizzazione, e in alcuni casi anche di normalizzazione, verso il genere sentito come congruente con il proprio sé.

È esaustiva in questo senso quanto afferma Porpora Marcasciano, nella seconda delle due interviste raccolte nel corso della ricerca:

Io come presidente del MIT devo garantire dei servizi e dignità, ecco, uso questo termine. Quindi tutti i bisogni, le problematiche relative all'esperienza trans che in primis sono di salute e benessere, e quindi sono un passaggio medico, devo – sottolineo *devo* – garantirlo. Io devo essere sopra le parti, non posso anteporre la visione mia dell'esperienza trans alla responsabilità che ho nel MIT, non potrebbe essere. Chiaramente cerco di dare un input che passa dalla mia visione a quello che è il MIT, l'ONIG, un sistema in generale. In questo son finiti i tempi della grandi rivoluzioni: io stessa ci credevo, ma ci credo tutt'ora, però penso che sia cambiato il mondo. Su tutto si lavora, tutto è una massa grigia plasmabile che va plasmata, gli va dato forma. Questo è il pensiero e il mio metodo. Io dico che ci son state delle concause, delle predisposizioni, un terreno fertile affinché venisse fuori la pianta che oggi conosciamo come MIT: c'era un territorio, una città, una politica, una cultura fertile. C'era un'esperienza, un percorso altrettanto importante che era il mio, quello di V. (un po' meno quello della Marcella, perché non veniva da un percorso di autocoscienza). Tutte queste sono caratteristiche e particolarità del MIT che si riflettono e gli danno forma, perché il MIT è pensiero – che è un po' quello che sto dicendo io adesso, quello che ci diciamo nelle riunioni – ma non è solo pensiero. Ci possono essere le feste, le manifestazioni... il pensiero si traduce in tutto questo. È una visione del mondo, è un atteggiamento, è una predisposizione. Un pensiero che gestisce e interagisce con i servizi, offre servizi. Ed è chiaro che gli dai un'impronta. Pensiero, esperienza e percorso politico, che non possono che riflettersi su quello che è il servizio. Facendo degli esempi pratici: M. era in carcere, A. era in strada, V. esce dalla comunità, D. dall'art. 13. La coscienza della fragilità di un percorso di vita e l'emancipazione da quel percorso passa attraverso i servizi gestiti dalle persone trans formate: l'*empowerment* è quello. Viviamo in un periodo di crisi, che va tenuto in considerazione, perché il problema economico resta la costante di fondo, dove il chirurgo ad un certo punto ti può dire: arrivederci e grazie. Perché non è che l'intervento di cambio di sesso gli viene pagato di più dell'asportazione di un tumore al seno, è la stessa cosa. Per cui il discorso che ti fanno è questo: io qui arrivo, sennò arrivederci e grazie. Quello che io contesto è il loro approccio, l'arroganza che ha la classe medica in generale specialmente nel nostro paese, quello di sentire di avere in mano la vita, di essere semi-dei. Hanno tutta l'arroganza perché hanno in mano la vita delle persone. Per questo motivo io sono contro la medicalizzazione. (Porpora)

### *La campagna "Un altro genere è possibile"*

Elaborata dal MIT nell'aprile 2014, nel dicembre 2014 è diventata pubblica e ha preso il via la campagna nazionale "Un altro genere è possibile", per la richiesta del cambio di nome e sesso anagrafico senza l'obbligo di intervento chirurgico. Con tale iniziativa l'associazione ha inteso sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della transessualità in generale, ponendo l'attenzione sul problema rappresentato dalla richiesta, rivolta dalla giurisprudenza alle persone desiderose di possedere documenti coerenti con il genere sentito, di sottoporsi a

interventi di sterilizzazione forzata. Tramite la campagna l'associazione invitava le persone trans che avessero avuto l'esigenza di cambiare i propri documenti – in attesa o in assenza di interventi chirurgici – a presentarne richiesta presso i Tribunali di residenza al fine di portare avanti con successo un numero sempre crescente di “sentenze strategiche” (con il patrocinio legale del MIT)<sup>33</sup>.

Il post di lancio pubblicato sul profilo Facebook della campagna e dell'associazione affermava:

“Nel 1982 quando la Legge 164 venne emanata fu un'opportunità grandissima per le persone Trans\*. Dopo 30 anni la Legge 164 è diventata il più grande ostacolo all'autodeterminazione delle persone Trans\*. Vincolare il cambiamento del nome e del sesso anagrafico all'intervento chirurgico fa sì che ogni persona che non desidera o non possa operarsi non abbia mai l'opportunità di cambiare il nome sui propri documenti. In poche parole condanna le persone non operate a un limbo giuridico dal quale non potranno mai uscire. È arrivato il momento di cambiare e di pretendere che sia possibile ottenere la riassegnazione del genere anche senza operazione. L'identità di genere è un diritto e non può essere condizionato dalla chirurgia. Ecco perché pensiamo sia urgente che venga approvata una nuova legge e nel frattempo, se questo Parlamento non legifererà, noi proporremo cause in ogni Tribunale d'Italia per ottenere, così come è già avvenuto a Roma, sentenze che autorizzino il cambiamento del sesso e del nome anche senza l'intervento chirurgico. Ogni persona Trans\* d'Italia che non desidera operarsi ma voglia ottenere il cambiamento del nome potrà unirsi alla nostra battaglia”<sup>34</sup>.

L'obiettivo, dunque, è stato anche quello di sottolineare la necessità di una modifica all'interpretazione della legge 164, senza tuttavia sottostare ai tempi dell'iter parlamentare.

L'iniziativa – che ha avuto una buona risonanza a livello locale e nazionale<sup>35</sup> – ha avuto il merito di portare in primo piano il tema del diritto alla salute e all'autodeterminazione delle persone trans in Italia, riconoscendo pubblicamente l'esistenza di sensibilità differenti all'interno dell'esperienza transessuale e transgender nei confronti del percorso chirurgico, e muovendosi contemporaneamente alla ricerca di un riconoscimento giuridico di tali differenze.

Tuttavia, gli stessi contenuti politici della campagna sembrano porsi in parziale contraddizione con alcuni aspetti comunicativi, legati alla rappresentazione dei corpi. Lo slogan che dà il nome all'iniziativa, rivendicando “un altro” genere possibile (al singolare),

---

<sup>33</sup> Ulteriori informazioni al sito: <http://www.mit-italia.it/>; alla pagina Facebook <https://www.facebook.com/Un-Altro-Genere-%C3%A8-Possibile-705757922817025/?ref=hl>, aperta nell'aprile del 2014, è possibile scorrere lo storico della campagna, con le diverse iniziative proposte.

<sup>34</sup> Cfr. post pubblicato in data 13.10.2014 sul profilo Facebook della campagna.

<sup>35</sup> La campagna si è sviluppata attraverso la comunicazione diretta con i principali organi di informazione locali e nazionali, con l'affissione pubblica di manifesti in luoghi strategici della città di Bologna e tramite una petizione fotografica: è stato chiesto a chiunque si imbattesse nei manifesti, o in altri materiali informativi della campagna, di fare una fotografia da postare sulla pagina Facebook (dove è possibile visionare anche la rassegna stampa). In tale spazio virtuale è possibile avere anche la misura del riscontro e delle reazioni generali suscitate nelle persone che sono state raggiunte dall'iniziativa.

sembra voler rimandare – senza tuttavia esplicitarlo – al riconoscimento di un terzo genere<sup>36</sup>: opzione importante, ma di per sé insufficiente a contenere le molte identità incarnate dalle persone trans e *gender variant* (di cui la presente ricerca ha provato a presentare la varietà e ricchezza). Inoltre, tale opzione sembra comunque essere contraddetta dalle didascalie che accompagnano le immagini dei due testimonial della campagna. Sotto l'immagine di un ragazzo (FtM) e una ragazza (transgender)<sup>37</sup>, dall'aspetto estetico inequivocabilmente definito rispetto ad una logica binaria dei generi, compaiono infatti le scritte: “Uomo nella vita, donna sulla carta/Donna nella vita, uomo sulla carta”. Nel primo caso il colore di sfondo è il rosa, mentre per il secondo il colore scelto è l'azzurro<sup>38</sup>.

In altre parole, esiste il rischio che le scelte grafiche e comunicative operate, rifacendosi ad un immaginario e un linguaggio esplicitamente ancorati al binarismo di genere, possano indebolire il portato di cambiamento del messaggio – di per sé radicale per il contesto italiano – che la campagna ha inteso diffondere. Probabilmente, le difficoltà incontrate nell'ottenere cittadinanza per queste tematiche nel discorso pubblico hanno spinto l'associazione ad optare per un linguaggio semplice e di non particolare “rottura” rispetto ai tradizionali schemi linguistici e iconografici con cui i generi sono rappresentati. Questo tuttavia, pur senza rinunciare all'obiettivo di mettere in luce, grazie alle didascalie scelte per le immagini, tematiche tanto fondamentali quanto sconosciute all'opinione pubblica quali ad esempio: “Sterilizzazione forzata. Le persone trans in Italia non hanno alternative alla sterilizzazione per cambiare i propri documenti”.

In conclusione, è possibile affermare che la campagna ha rappresentato un esempio di gestione collettiva e politica di alcune delle questioni legate al transito di genere, con ricadute concrete nel processo di ampliamento dei diritti di cittadinanza attraverso

---

<sup>36</sup> La Germania è il primo stato in Europa (il secondo nel mondo dopo l'Australia) ad aver riconosciuto nel novembre 2013 il terzo sesso per le persone intersessuali, dopo essere stata il primo paese a introdurre nel 1980 una legge per il cambio di sesso. Nell'ottobre del 2015 anche un tribunale francese ha riconosciuto l'opzione del terzo genere. In Svezia, dagli anni Sessanta, è stato coniato il pronome neutro “hen” (come opzione aggiuntiva ai due tradizionali, maschile e femminile), entrato nell'aprile del 2015 nella nuova edizione del dizionario ufficiale della lingua svedese.

<sup>37</sup> Come è stato in precedenza ricordato, i due ragazzi sono stati entrambi intervistati nel contesto di questa indagine, in quanto utenti e attivisti del MIT e nei prossimi capitoli saranno illustrate le loro scelte, a favore o contro gli interventi chirurgici. Nel frattempo, il ragazzo ha ottenuto, secondo il normale iter legislativo, i documenti attestanti il conseguito genere maschile, mentre nel novembre 2015, la ragazza si è vista riconoscere, tramite sentenza del tribunale di Modena, il diritto al cambio dei documenti di identità senza doversi sottoporre agli interventi chirurgici. Quello della ragazza è stato uno dei primi casi in seguito alla citata sentenza della Corte di Cassazione del luglio 2015 e di pochi giorni precedente quella della Corte Costituzionale, emessa nello stesso mese di novembre (Si veda la notizia al link: <http://www.ilrestodelcarlino.it/modena/cambio-di-sesso-sentenza-1.1466677>).

<sup>38</sup> In un'altra immagine della campagna invece, sotto la semplice scritta “Un altro genere è possibile”, lo sfondo è grigio, una scelta che sembra avvalorare quanto detto sopra circa la richiesta, non esplicitata, del terzo genere.

l'autodeterminazione dei corpi seppur ancora all'interno di un'ottica di inclusione nei tradizionali confini all'interno dei quali la cittadinanza stessa si articola.

### *La Sentenza 221/2015 della Corte Costituzionale*

Prosecuzione e compimento della campagna è stata la richiesta – depositata nel gennaio 2015 dal MIT insieme ad altre associazioni lgbtqi italiane<sup>39</sup> e accolta dalla Corte Costituzionale nel novembre 2015 – affinché venisse dichiarato incostituzionale l'obbligo per le persone trans di sottoporsi a sterilizzazione al fine del cambio dei documenti anagrafici. Alla base di tale gesto c'è l'interesse alla difesa del diritto all'identità di genere al pari della salute degli individui: diritti – si legge nel comunicato dell'associazione – “che vengono messi a repentaglio ogni qual volta una persona trans è costretta a sottoporsi ad un intervento indesiderato”<sup>40</sup>.

La sentenza della Consulta (che rimanda anche alla sentenza n. 15138 della Corte di Cassazione del 20 luglio 2015) è stata accolta come una vittoria di fondamentale importanza dal mondo trans italiano. L'aspetto maggiormente rilevante è quello che pone infatti fine alla subordinazione dell'esercizio del fondamentale diritto all'identità di genere al requisito di trattamenti sanitari, chirurgici o ormonali, estremamente invasivi e pericolosi per la salute. Tuttavia, pur senza volerne sminuirne la portata positiva, è necessario sottolineare come essa lasci irrisolti molti dei punti considerati problematici per l'acquisizione di una piena autodeterminazione. Recita la sentenza:

“Interpretata alla luce dei diritti della persona – ai quali il legislatore italiano, con l'intervento legislativo in esame, ha voluto fornire riconoscimento e garanzia – la mancanza di un riferimento testuale alle modalità (chirurgiche, ormonali, ovvero conseguenti ad una situazione congenita), attraverso le quali si realizzi la modificazione, porta ad escludere la necessità, ai fini dell'accesso al percorso giudiziale di rettificazione anagrafica, del trattamento chirurgico, il quale costituisce solo una delle possibili tecniche per realizzare l'adeguamento dei caratteri sessuali”.

È dunque acclarato che: “L'esclusione del carattere necessario dell'intervento chirurgico ai fini della rettificazione anagrafica appare il corollario di un'impostazione che – in coerenza con supremi valori costituzionali – rimette al singolo la scelta delle modalità attraverso le quali realizzare, con l'assistenza del medico e di altri specialisti, il proprio percorso di

---

<sup>39</sup> Le altre realtà coinvolte insieme al MIT sono state: Associazione Radicale Certi Diritti, Associazione ONIG – Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere, Fondazione Genere Identità Cultura, Associazione di Volontariato Libellula. Per questa sentenza, tramite il proprio ufficio legale e in collaborazione con le associazioni citate, il MIT ha prodotto e messo a disposizione perizie e materiali, oltre ad aver sostenuto le spese legali. Anche nella prima, emessa dalla Cassazione, c'è stato un coinvolgimento dell'associazione, poiché le perite incaricate sono state due delle psicoterapeute del consultorio.

<sup>40</sup> Comunicato pubblicato sulla pagina Facebook del MIT in data 12 gennaio 2015. Per una descrizione dei contenuti della sentenza cfr. il primo capitolo.



transizione”. Da quest’ultima frase è evidente il doppio registro (libertà di scelta/assistenza) nel quale risiede il limite all’autodeterminazione delle persone trans. Da una parte infatti le sentenze citate riconoscono nella decisione di sottoporsi a modificazione chirurgica del corpo il risultato di “un processo di autodeterminazione verso l’obiettivo del mutamento di sesso” e interpretano tali interventi come “uno dei molti possibili percorsi volti all’adeguamento dell’immagine esteriore alla propria identità personale, come percepita dal soggetto” (sentenza della Corte di Cassazione n. 15138/2015). Dall’altra, invece, non vi è una sia pur minima messa in discussione della condizione di patologizzazione (e, di conseguenza, di infantilizzazione e incapacità dei soggetti di poter decidere per sé e sul proprio corpo)<sup>41</sup>. Resta inoltre presente, a riprova di quanto detto, il riconoscimento giudiziale della rettifica anagrafica, nel quale spetta ad un giudice dichiarare – secondo le tempistiche della giurisprudenza e non dell’individuo – l’avvenuto e certo approdo verso il genere opposto (confermando dunque anche l’ancoraggio al binarismo di genere su cui la categoria di cittadinanza è costruita). Inoltre, la conferma dell’esistenza di una patologia equivale alla convalida dell’iter di riassegnazione di genere standardizzato, come “cura” cui questa viene fatta corrispondere: in essa l’individuo può scegliere, per esempio, se sottoporsi o meno agli interventi chirurgici, ma non può, al contrario, intervenire chirurgicamente senza essersi preliminarmente sottoposto ai trattamenti ormonali. A questi ultimi viene così delegata la possibilità del raggiungimento di un assetto dei caratteri “secondari” e di valori ormonali compatibili con un’estetica e un livello ormonale “certamente” femminile o maschile, poiché equiparabili a quelli tendenzialmente posseduti da donne e uomini non trans. Tale questione rimanda all’esperienza del *passing* (“passare per” donna o uomo), che si conferma pre-requisito per l’accettazione sociale e l’inclusione giuridica al prezzo dell’invisibilizzazione della condizione trans e il suo riassorbimento (o, potremmo anche dire, la sua normalizzazione) all’interno del binarismo di genere. Le sentenze rappresentano dunque un importante cambiamento nei confronti dell’esperienza trans e hanno l’effetto – quasi immediato – di porre rimedi ai sistemi di esclusione sociale delle persone in transito. Le

---

<sup>41</sup> Anche nella sentenza n. 15138/2015 si ritrova lo stesso doppio registro: “Il diritto all’autodeterminazione è inviolabile e non può essere compresso neanche da uno dei tre poteri dello Stato, nel senso che alcuno potrà sostituirsi al ricorrente per stabilire se sia o meno opportuno modificare i propri caratteri sessuali primari al fine di vedere rispettata anche dai terzi la propria identità personale”. “L’acquisizione di una nuova identità di genere può essere il frutto di un processo individuale che non ne postula la necessità, purché la serietà ed univocità del percorso scelto e la compiutezza dell’approdo finale sia accertata, ove necessario, mediante rigorosi accertamenti tecnici in sede giudiziale”. E ancora: “Deve precisarsi, tuttavia che il riconoscimento giudiziale del diritto al mutamento di sesso non può che essere preceduto da un accertamento rigoroso da compiere attraverso la documentazione dei trattamenti medici e psicoterapeutici eseguiti dal richiedente, se necessario integrati da indagini tecniche officiose volte ad attestare l’irreversibilità personale della scelta”.

richieste di inclusione nella cittadinanza di coloro che intraprendono un iter tradizionale di cambio di genere vengono così soddisfatte dal cambiamento dei confini operato attraverso le sentenze citate. Ma la persistenza di una lettura patologizzante e la procedure che ad essa corrispondono, basate su prestabilite interpretazioni ed intese strette dai saperi medico-legali, fa sì che coloro che “trasgrediscono” restino ai margini della cittadinanza, come “non-cittadini”.

La complessità descritta si rintraccia a fatica nelle riflessioni pubbliche di carattere politico-culturale del MIT e dell’associazionismo trans italiano in generale<sup>42</sup>, nonostante sia proprio tale realtà ad offrire i principali spunti di analisi in tale senso.

Ricomposte in uno sguardo d’insieme tutte le iniziative citate costituiscono, pur nella loro differenza, esempi di *agency* nel contesto del caso studio scelto. Esse si sono infatti sviluppate attorno, all’interno, o – è l’ultimo caso citato – con partecipazione diretta del MIT; inoltre, in quanto emanazione dei bisogni espressi dagli utenti del consultorio e dagli attivisti, esse hanno il merito di portare alla luce e valorizzare la molteplicità delle esperienze trans, assegnando loro maggiore visibilità e legittimità nello spazio pubblico.

Nel caso del consultorio del MIT e dell’Osservatorio, si struttura la possibilità di negoziare forme di autodeterminazione dei corpi prevalentemente all’interno dello spazio clinico e, in particolare, nel rapporto tra soggetti e figure mediche. Il consultorio risponde all’esigenza e al diritto di tutte le persone trans di disporre di servizi a tutela della salute e del diritto di modificazione del proprio genere, capaci di dare “cittadinanza” alla varietà di esperienze rappresentate dai soggetti intervistati (e dai molti altri che attraversano quello spazio), per i quali il termine “transitare”, costituisce un campo di molteplicità irriducibili (Preciado 2013)<sup>43</sup>. Contemporaneamente, la pratica quotidiana dell’associazione e le iniziative politico-culturali che essa propone sono accomunate da un filo rosso: l’attività di costante messa a critica della costruzione dell’esperienza trans così come questa viene definita dai saperi medici e attraverso la contrattazione con gli specialisti coinvolti nella struttura consultoriale. La richiesta alla loro base riguarda prestazioni adeguate e alla portata di tutte e tutti le/gli utenti (rientra in tale tipologia di attività anche la costruzione di discorso politico contenuta nel seminario *A-traversamenti*). In altre parole, il MIT, rappresenta la possibilità di concretizzare una messa a critica non solo della medicalizzazione, ma – tenendo aperta “la

---

<sup>42</sup> In realtà, risultano rare fino ad oggi le riflessioni provenienti dal mondo dell’associazionismo trans capaci di tenere insieme aspetti positivi e criticità delle sentenze citate. Cfr. a questo proposito quanto scritto da Michela Angelini, una delle principali promotrici del ddl n. 405 per la modifica della legge 164/1982 (*Nuove interpretazioni, solite oppressioni* in <http://disegnodilegge405.blogspot.it/2015/07/nuove-interpretazioni-solite-oppressioni.html>).

<sup>43</sup> Cfr. <https://incrocidegenere.wordpress.com/2013/08/28/judith-butler-e-beatriz-preciado-a-dibattito/>.

possibilità di un accesso desiderante (...) alle tecnologie mediche” – anche di vigilanza su di essa (Fiorilli 2012, 41).

Nei casi della sentenza e della campagna invece, l’azione si dispiega nello spazio giuridico e, come ricaduta immediata, nella polis. Il fine è quello dell’inclusione e del riconoscimento giuridico delle differenze incarnate dai corpi transgender, e dunque della sfida alle rappresentazioni dominanti, definite dalla legge e dai saperi medici. Tuttavia, come è già stato notato, laddove è stato palesemente reclamato (e sancito con la sentenza n. 221/2015) il diritto all’autodeterminazione, all’integrità psicofisica e al rispetto dell’identità individuale delle persone trans, si dà per scontato che tali diritti siano esercitabili lasciando intatto il ruolo giocato dai poteri medico-legali come controllori dei confini dei generi, confini all’interno dei quali si articolano le condizioni tanto della patologizzazione quanto della cittadinanza.

Quanto detto avvalorava la posizione dell’attivista FtM Giorgio Cuccio a proposito del ruolo giocato dai consultori trans nella partita per l’autodeterminazione delle persone trans stesse: “I consultori trans e gli spazi di offerta di servizi sono, a questo proposito, delle risorse preziose e potrebbero diventare luoghi di elaborazione, nel rispetto dei bisogni e dell’autonomia delle persone che si rivolgono alle strutture. Sono anche egli osservatori privilegiati e potrebbero favorire questo passaggio da soggetto a soggettività trans, anche attraverso il discorso sulla salute” (Cuccio 2013, 108).

L’esistenza di una comunità trans, composta da persone contemporaneamente fruitrici dei servizi e attiviste, si rivela un elemento chiave nel percorso di soggettivazione politica (Hines 2007a, 2007b; Davy 2011) e, di conseguenza, anche in quello di ridefinizione di una *transgender citizenship*. Tuttavia, per quanto riguarda il caso del MIT, la frequentazione del campo insieme alla raccolta delle interviste ha portato alla luce l’ampio grado di diversificazione delle percezioni che le persone che attraversano il MIT hanno della complessità sopra descritta. Nel prossimo paragrafo si tenterà di restituire alcune delle principali posizioni intercettate.

## **2. Sguardi divergenti**

Le persone arrivano al MIT per ragioni differenti, la prima delle quali è un’esigenza di consulenza riguardante questioni legate all’identità di genere, finalizzata nella maggioranza dei casi ad intraprendere la transizione medica (molto spesso già preceduta, come si vedrà, da

una transizione estetica e sociale dal genere assegnato verso quello sentito, attraverso un'ampia varietà di strategie finalizzate a modificare il proprio corpo).

In rari casi, gli/le utenti scelgono di diventare anche attivisti/e (e ancora meno frequente è il percorso inverso). Nella decisione, più che il riconoscimento del percorso politico e culturale del MIT, prevalgono motivazioni relazionali (reti amicali precedenti o nate durante il percorso di transizione), o fatti contingenti (partecipazione a eventi organizzati dall'associazione).

Uno scarto in questo senso è indubbiamente generazionale: le donne trans – ultracinquantenni – fondatrici “storiche” del MIT hanno con questa struttura un rapporto di natura prettamente (o quasi) militante e, nel caso della presidente, anche lavorativa. Per loro il problema del riconoscimento del percorso politico che ha portato alla nascita del MIT si pone in termini di trasmissione della memoria di tale esperienza e di difesa e proseguimento del percorso. Lo sguardo di lungo periodo che esse consegnano fissa nell'apertura del consultorio un punto di svolta rispetto alle precedenti pratiche di auto-gestione del transito di genere. Alla passata libertà individuale rispetto alle modalità e ai tempi di transizione soprattutto ormonale – ricordata positivamente in termini di rapidità ed efficacia – fanno da contraltare la totale mancanza di supporti e saperi medici e i pesanti rischi per la salute legati ad assunzioni ormonali non soggette a controllo, e a interventi chirurgici e cosmetici non di rado effettuati da mani inesperte oltre che a pagamento<sup>44</sup>. Nelle parole delle testimoni, i maggiori vantaggi rappresentati dai centri esistenti sul territorio nazionale (e al MIT in particolare) sono rintracciabili nella possibilità di poter contare su un percorso tutelato, a titolo quasi totalmente gratuito (perché sostenuto dal Servizio Sanitario Nazionale). In particolare, la posizione della attuale presidente è dichiaratamente difensiva e rivendicativa del lavoro svolto nei vent'anni trascorsi dalla fondazione del consultorio, pur non negando la necessità di una ridefinizione in senso migliorativo della struttura stessa:

*S. Come hai vissuto il passaggio istituzionalizzato/medicalizzato?*

P. Sicuramente lo vedevo in modo positivo perché venendo dal nulla che c'era prima, è chiaro che tutto quello che arrivava era un'aggiunta al vuoto. Si partiva dal fatto che la gente andava a Casablanca, che ci si faceva gli ormoni così, lo psicologo manco esisteva (lo psicologo inteso come accompagnamento e sostegno, non come viene visto oggi: quello che decide per il sì o per il no alle terapie). È aumentato il livello di esperienza, è aumentato il livello di conoscenza, è aumentato il livello di intervento sull'esperienza stessa. Ma è quasi scontato, perché se da una parte tu ricevi diritti e in questo caso il diritto alla salute (l'intervento gratis per esempio), dall'altra parte c'è una macchina istituzionale che ti richiede delle regole o delle cose. Uno deve avere il buon senso di tenere chiari tutti i piani, perché se no il rischio è di confondere i piani e di

---

<sup>44</sup> Le terapie ormonali autosomministrate e autosperimentate anche per molti anni, senza la supervisione medica, costituivano la normalità del periodo antecedente l'apertura di servizi per l'applicazione della legge 164.

“buttar via il secchio con tutto il ragazzino”. (...) Il solo fatto di parlare di consultorio, di una medicina portata dal basso, una medicina popolare, per me che venivo da una dimensione in cui se ti volevi operare pagavi fior fiore di quattrini (si parlava di 30-40 milioni di lire nelle cliniche private, dove non si capiva quello che succedeva realmente) capisci che la nascita di questi percorsi faceva la differenza. Oggi nell’abbondanza – concedimi il termine – è chiaro che si vedono i pro e i contro, i limiti, il difetto, l’imperfezione dove io invece vedo la perfettibilità. (Porpora)

Una delle sfide principali cui si trova davanti il MIT sembra fissarsi nel rapporto con i suoi stessi utenti e attivisti e, in particolare, nell’impresa di trasmissione e condivisione della complessità da cui tale realtà proviene e che tutt’ora la costituisce.

Sono sedici gli intervistati arrivati al MIT per ragioni legate alla transizione medica<sup>45</sup>. In questo gruppo le modalità, le ragioni e le modalità d’accesso sono ampiamente differenziate (di questi, solo sette al momento della raccolta delle interviste svolgevano un’attività di tipo volontario all’interno dell’associazione).

Per tutti, il primo approccio non è stato privo di timori, anche nei casi in cui l’aspetto corporeo è già fortemente connotato verso il genere desiderato. In alcuni casi, i dubbi si creano proprio a causa di quegli elementi prima descritti come centrali nella caratterizzazione del MIT stesso. Piero ha 35 anni, è nato in un piccolo comune emiliano-romagnolo dove vive e svolge l’attività di assicuratore. La sua storia di transizione è articolata e contrassegnata – come molte altre – da inizi e interruzioni, in cui ragioni di carattere personale si intrecciano con circostanze esterne (in questo caso, con l’accoglienza ricevuta nel corso del primo accesso telefonico al consultorio MIT):

Quando ho avuto 19 anni ho fatto la mia prima telefonata al MIT, ma ero giovane e dopo mi persi il numero che avevo trovato andando al Gay Pride: l’avevo letto su un volantino, avevo visto dei personaggi, avevo avuto questa informazione. Al che probabilmente mi risponde – ricostruendo poi a posteriori – la gloriosa Marcella Di Folco, una persona che io non ho mai conosciuto ma tutti dicono particolare, molto forte. E questo angelo col vocione inizia a dire che non c’era nessun problema, di lasciare i dati che poi saremmo partiti con le terapie. Al che lì io avevo 19 anni e avevo un approccio di tipo libertario: a me ha dato fastidio che – ovviamente senza mettere in dubbio tutta la sua esperienza, la realtà che c’è dietro, una realtà di grande esperienza fatta in questo campo – lei fosse andata sul pragmatico, mentre io invece ero ancora idealista, libertario dicevo: “Guarda te uno solo perché dice una cosa poi deve andare ad intossicarsi con qualcosa di

---

<sup>45</sup> Sono escluse da questo gruppo, oltre alle trans “storiche”, anche quattro donne trans arrivate al MIT perché rientrate nel progetto di accoglienza che l’associazione offre alle persone trans vittime di sfruttamento e tratta di esseri umani (art. 18 e art. 13) o in condizioni di emergenza abitativa. Il progetto è sostenuto da una specifica convenzione con il Comune di Bologna, che ha reso disponibili a tale scopo quattro unità abitative. Due delle quattro “ospiti” sono, da alcuni anni, parte dello staff del consultorio (come operatrice alla pari e come segretaria). Tutte e quattro, al momento delle interviste, facevano parte del gruppo di attivisti, ma solo due sono contemporaneamente anche in carico al consultorio come utenti. Tra gli intervistati, anche un ragazzo (autodefinitosi transgender) che da alcuni anni lavora come operatore sociale all’interno del progetto di riduzione del danno nel campo della prostituzione (gestito dal MIT insieme al Comune di Bologna) e che solo in seguito è diventato anche utente del consultorio (dove è seguito esclusivamente per la parte psicologica), oltre ad essere, al momento dell’intervista, anche attivista del MIT.

chimico che neanche sa”. Quindi a me l’idea della normalizzazione – devi essere o donna o uomo e quindi cucati questo – mi aveva indispettito, mi ero comunque spaventato, siccome ero più giovane. Poi la realtà – perché poi le realtà sono sempre molto stupide – è che io ho pensato: “Dio bono adesso se parte sta roba come faccio poi a dirlo ai miei genitori? Poi mia madre mi becca come faccio?”. Un pensiero di una stupidità! Perché a 19 anni sei ancora giovane, sei piccolino. E praticamente siccome però la persona era particolarmente gentile, io non ce l’ho fatta e mi sono inventato il numero di telefono. E dalla seconda telefonata che poi ho fatto sono passati dieci anni e mezzo: dieci è più. Per dirti che tante volte evidentemente quella realtà c’era ma io non ero pronto. (...) Poi sono arrivato al MIT per la seconda volta, questa volta molto più tranquillo e anche un pochino più adulto: nel 2010, a 28 anni, più o meno a dieci anni dalla prima volta. Mi sono ricordato che c’era il MIT e ho detto: è ora di chiamare. (...) Quando io arrivai al MIT tutto sommato, a differenza di molte storie che io sento, stavo bene, stavo riprendendo in mano tante cose della mia vita, era un momento di particolare relax. Ho detto: beh sto così bene che forse è ora di andare là. (Piero)

Nel caso di Piero<sup>46</sup>, è particolarmente evidente come il luogo scelto per la propria transizione – e dunque gli individui e le modalità che ne fanno parte – incida sulle scelte di iniziare o rimandare un percorso di modificazione medica del proprio aspetto corporeo *gendered* (nel caso di Piero, già fortemente connotato in senso maschile). Nonostante l’approccio iniziale, il giudizio dell’intervistato circa la propria esperienza (tutt’ora in corso) consegna una comprensione piena di una delle caratteristiche più importanti del contesto: la presenza della comunità trans afferente all’associazione. Questa viene infatti connotata come risorsa in termini di creazione di un senso di identificazione, appartenenza e accoglienza nelle persone che arrivano, un aspetto che sottrae l’esperienza del transito al rischio di appiattirsi unicamente sull’aspetto della medicalizzazione:

Aiuta molto è un ambiente che ti dà il senso di non essere ospedalizzato immediatamente ma che rappresenta tutta una serie di incontri: il fatto che ci sia la segretaria al bancone con la quale chiacchierare, il fatto che sia gestito da persone transessuali. Tutto sommato è stato il primo ambiente nel quale io mi son trovato con persone come me, in tutta la mia vita. Secondo me questo è un potenziale altissimo poi è logico che ci può essere pettegolezzo, o litigi: fa tutto parte di un’umanità... Secondo me il fatto che sia organizzato in questo modo rispecchia perfettamente quell’idea che l’esperienza transessuale non sia solo di tipo medico, ma una sfera di un altro tipo di esperienza. (Piero)

Altre testimonianze legano – con accezioni differenti – il ricordo del primo accesso al MIT all’accoglienza ricevuta dalla ex presidentessa Marcella Di Folco. Sergio ha 37 anni, vive a Bologna ed è un agente della polizia municipale. Anche per lui imbattersi nella figura dell’allora presidentessa funziona da deterrente rispetto al suo impegno nell’associazione, nonostante una propensione all’attivismo che troverà spazio di espressione altrove rispetto al

---

<sup>46</sup> Non è questo l’unico caso in cui un testimone – in transito verso il maschile – riporta le difficoltà personali e il senso di soggezione nei confronti della ex presidente del MIT Marcella Di Folco. Tale percezione – che ha una forte caratterizzazione di genere, ovvero riguarda persone in transito verso il maschile – è motivata dal fatto che, fino a pochi anni fa, era esiguo il numero di persone in transito verso il maschile che accedevano al consultorio (perché poche e poco visibili erano in generale gli uomini transessuali e transgender). Di contro, esistono ricordi affettuosi e ilari di molti ragazzi FtM che legano l’esperienza al MIT con la figura di Marcella Di Folco.

MIT. A partire dal 2001 diventa infatti il responsabile della prima mailing list di persone FtM (“FtM Italia”), uno strumento allora innovativo e che si rivelerà fondamentale per le potenzialità di messa a confronto e in relazione reciproca. Le parole di Sergio tratteggiano un’ulteriore problematicità legata alla presenza di una comunità trans del MIT e ai criteri standardizzati del personale medico del consultorio:

S. Sono arrivato al MIT attraverso una persona con cui stavo prima, transgender. Mi aveva portato una volta. All’inizio io accompagnai lui al MIT, e lui non si trovò bene, perché c’era una persona che lo metteva a disagio (...). E dopo ci tornammo insieme. Al MIT avevo incontrato due FtM, però io mi sono trovato davanti due uomini e io non ho capito che quelle persone prima potessero essere donne nel modo in cui lo ero io. Non riesco proprio a immaginare che da me a loro ci fosse un percorso possibile.

I. *Tu non hai mai pensato di fare attivismo nel MIT?*

S. Quando l’ho pensato non era il momento giusto, perché c’era la figura di Marcella, che è stata una persona straordinaria, però era anche molto accentrata. Era difficile inserirsi in quel tipo di contesto. Lei mi avrebbe anche preso, però era veramente troppo, non c’era lo spazio per te, io avrei voluto qualcosa di differente. (...) Il fatto di stare troppo a contatto con gli altri... un po’ è necessario, per capire che non sei un ufo, per capire che c’è qualcun altro come te, per capire che quello che provi non è unico, che non sei una razza inedita. Però è anche necessario stare da soli, ascoltare se stessi e capire qual è il tuo obiettivo, il tuo percorso, quello di cui tu hai bisogno, anche dal punto di vista medico. Lì è un po’ più difficile perché ci sono degli standard che a volte si potrebbero ottimizzare sullo specifico paziente. (Sergio)

Kevin ha 41 anni, è friulano, ed è attivista e bibliotecario presso il Cassero LGBTQ Center di Bologna, una storica realtà gay cittadina. Probabilmente proprio per la sua appartenenza ad un contesto politico vicino al MIT, il ricordo dell’accoglienza ricevuta è di segno opposto rispetto ai precedenti. Così ricostruisce il suo ingresso al MIT:

Io sono entrato la Marcellona mi ha rotto subito i coglioni, perché poi la conoscevo già: “Erano anni che t’aspettavo coglione”, con il suo tatto! Voleva dire: ti conosco talmente tanto che ti insulto! (...) Mi rendo conto di quanto io sia stato coccolato, perché in tantissimi altri centri è tutto molto più sterile, e non parlo solo della psicologa: parlo anche della Marcellona che mi insultava, della Porpora che mi fa i complimenti tutte le volte che entro, parlo di tutte le ragazze e dei ragazzi che son stati lì. È familiare, ed è molto importante che lo sia, perché le persone spesso non sono come me, che ho gli amici, la famiglia. Molte persone arrivano lì e hanno bisogno di qualcuno che li insulti, che li riconosca, gli dica “Stronzo” al maschile, anche se hanno i capelli lunghi e i boccoli. Invece in altri centri hanno molto più un approccio medico. È umano il MIT e anche rispetto ad altri centri simili è molto più familiare. (Kevin)

Giacomo ha 41 anni, di origini toscane ma bolognese d’adozione. Al momento dell’intervista è utente del consultorio MIT da circa cinque anni e verso tale realtà esprime un senso di affidamento, proveniente proprio dalla storia dell’associazione:

Se decidi di stare qua, ci sono tanti motivi. Io avrei potuto fare anche privatamente, ma scelgo di stare qua perché mi piace la serietà, quando c’è di mezzo la salute, psicologica e fisica. Poi ho consultato anche il mio medico e lui mi ha detto che sono persone di cui fidarsi. Io mi sono trovato bene così: il fatto che la persona che mi ha portato abbia fatto il percorso qua tanti anni fa, quando

c'era la Marcella, il MIT dietro con la sua storia mi ha tranquillizzato. Non l'avrei fatto da nessun'altra parte. (Giacomo)

La storia del MIT non è sempre nota alle persone che accedono al consultorio e uno degli elementi che influisce sulla conoscenza è sicuramente quello generazionale, come dichiarato in modo molto netto da Manuela, 25 anni, una ragazza transgender nata in provincia di Modena, e trasferitasi a Bologna per studiare al DAMS. Al momento dell'intervista Manuela è attivista del MIT e testimonial della campagna "Un altro genere è possibile". Manuela è stata utente del consultorio per il percorso psicologico, ma è seguita privatamente per la terapia endocrinologica (e non intende sottoporsi a interventi chirurgici di "riassegnazione" di genere). La sua visione segna un distacco dalle origini storiche del consultorio, a partire dalla prospettiva generazionale:

Siamo nati in un periodo diverso quindi i bisogni sono cambiati: è bene conoscere la storia però oltre a quello bisogna andare un attimo avanti, altrimenti faccio fatica essendo nata negli anni Novanta. (Manuela)

Dalle parole degli intervistati emerge inoltre la denuncia di una diffusa ignoranza tra i medici (di base, psicologi, endocrinologi) che si trovano ad "assistere" persone trans per una parte del loro percorso. Nella storia di Raffaella, questo elemento si unisce al dato anagrafico. Raffaella è una ventenne di origine dominicana, vive in provincia di Bologna con la madre dall'età di nove anni, è diplomata all'istituto alberghiero e al momento del nostro incontro era in cerca di occupazione:

R. Dalla prima seduta al MIT io ho detto: questo è il mio posto, è qui che io devo stare, io l'ho trovato finalmente. Il MIT è molto professionale. Alcune persone le ho incontrate anche fuori dal MIT, perché comunque conosci anche più persone, allarghi gli orizzonti a livello sociale. Sono andata anche a "Divergenti", sono andata al Pride per la mia prima volta: non c'ero ancora andata! È una cosa che comunque ti riempie. Diciamo che se fino a prima magari era solo andare in discoteca, uscire, andarsi a fare un aperitivo, adesso queste cose ti riempiono anche a livello culturale, ti aiutano per capire un po' anche i diritti che tu hai come persona, come persona transgender.

S. *Tu lo sai che il consultorio MIT è un consultorio della ASL e che il MIT è anche un'associazione culturale e politica che arriva da 30 anni di lotte per i diritti delle persone trans?*

R. Sì me ne ha parlato la psicoterapeuta. Infatti lei si è arrabbiata molto per il fatto che lo psicologo che era di San Lazzaro (provincia di Bologna, nota mia) e non sapesse del MIT. Dopo la terza seduta mi ha detto: "Arrangiatevi". Era un medico della ASL, proprio per quello io dico che avrebbe dovuto darmi un po' di indicazioni, delle direttive. (...) Avere uno psicologo che ti segue durante tutto il percorso è molto importante, io non ce l'avrei fatta sinceramente se fossi andata dentro un ospedale a fare quello che c'era da fare, magari l'avrei fatto inconsciamente senza sapere veramente che cosa dovevo fare per me.



S. *Il gruppo di persone trans che sta al MIT, per le persone trans che arrivano, rappresenta un valore aggiunto?*

R. A me è servito moltissimo, perché prima di iniziare il percorso io non conoscevo nessuno. Io dicevo: sono l'unica. A O. non c'era nessuno come me (forse una ragazza, ma non la conoscevo neanche). Era proprio un'incognita totale su tutto. Quindi quando sono entrata al MIT ho visto questa diversità di persone (perché comunque sono tutte diverse) come un arcobaleno pieno di mille colori e tutti ne compongono uno e comunque ognuno è essenziale lì dentro. Tutte le persone che fanno parte di questo grande gruppo dell'associazione, ognuna è una pedina essenziale per far andare avanti. (Raffaella)

Il “fare la differenza” del MIT per alcuni testimoni è dunque basato su fattori che non riguardano la storia dell'associazione e il suo ruolo di “garante” nella gestione dei passaggi relativi alla transizione di genere. Laura ha 23 anni è toscana e ha da pochi mesi concluso il suo percorso di transizione medica e legale. Dopo aver conseguito a Bologna la laurea specialistica in lingue e letterature straniere, si è trasferita all'estero dove sta frequentando un corso di laurea specialistica. Indirizzata al MIT dal padre (medico), ha svolto presso il consultorio il suo percorso, scegliendo tuttavia di operarsi in Thailandia (meta ambita per gli interventi di riassegnazione di genere e femminilizzazione). Il suo punto di vista sottolinea tanto le criticità quanto i punti di forza contenuti nella realtà del MIT:

A me del MIT come associazione fregava poco all'inizio, perché quello che una persona che approda al MIT vuole è la transizione, vuole il consultorio. E non si capisce nemmeno la differenza fra MIT e consultorio, sembrano la stessa cosa. Ora io capisco che possa esserci un'utilità del MIT di fare informazione, ma prima non me ne fregava niente, io volevo essere donna e pensavo che una volta raggiunti i miei traguardi sarei scomparsa. Ora però sono affezionata alle persone là dentro: fanno la cosa giusta, è giusto che la loro presenza si senta, che le persone transessuali acquistino una certa notorietà, non solo per i “puttantour” in tv. “Divergenti” ha questa funzione, così come i mille incontri che si organizzano al MIT. Ma è una cosa che si fatica a vedere all'inizio. Nel mio percorso di transizione la presenza MIT è stata molto debole, non ha trattato niente con la psicoterapeuta, l'endocrinologa. Ma è vero che “ospitando” il consultorio c'è più modo di contrattare come viene gestito questo consultorio: se la gestione dovesse passare all'ospedale o alla ASL o che ne so io, le cose starebbero come decidono loro. (...) Questa cosa del ruolo del MIT non è chiara agli utenti. Non è chiaro il ruolo che ha il MIT, e la differenza tra MIT e consultorio. (...) La maggior parte degli utenti, che ha fatto il suo percorso ed è scomparso, non si è preoccupato assolutamente del MIT. Non è chiaro bene il MIT cosa sia, a cosa serva. Per molte persone sarebbe uguale se fosse un consultorio dentro l'ospedale. (Laura)

Anche nel caso di posizioni critiche rispetto alla gestione consultoriale dell'associazione, l'aspetto “simbolico-relazionale” (Lusardi e Manghi 2013) mantiene un ruolo primario, non senza aprire ulteriori problematiche. Tra queste, lo scarto esistente tra l'alto numero di utenti del consultorio e bassa partecipazione in termini di attivismo<sup>47</sup>. La difficoltà che

---

<sup>47</sup> Al momento del lavoro di campo il gruppo di attivisti era formato da circa quattordici persone transessuali e transgender. Secondo l'appartenenza di genere dichiarata e/o sentita esso era così composto: otto donne transessuali/transgender e nove uomini transessuali/transgender. Le età variano all'interno di un *range* tra i 25 e i

l'associazione registra in questo ambito (cui invece fanno da contraltare l'ampia partecipazione e il seguito registrati dalle iniziative del gruppo da parte dell'ampia comunità allargata di simpatizzanti provenienti non solo dall'ambito lgbtqi) potrebbe essere rintracciabile nella molteplicità, nella fluidità e nella frammentazione che caratterizza l'universo trans in termini di identificazione e posizionamento di genere, orientamento sessuale, *gender embodiment*. Questa diversificazione identitaria – a pieno titolo interna al contesto della postmodernità (Plummer 1995; Nataf 1996; Bornstein 1998; Monro 2000) – rende certamente più complessa la costruzione di un senso di appartenenza (a differenza di quanto accade, per esempio, all'interno della comunità gay) in seno allo spazio politico trans rappresentato dal MIT. Le autodefinizioni con cui i testimoni incontrati si riferiscono alle proprie identità di genere sono molte e difficilmente assimilabili: alcune di queste sono narrate come volutamente instabili, altre sono percepite come in fase di definizione, altre rivendicano il proprio posizionamento all'interno dello spettro identitario transgender o transessuale. L'elenco, che potrebbe proseguire, deve tenere conto anche delle persone che, avendo concluso il percorso di riassegnazione di genere medico e legale, si appellano con nettezza alla distinzione binaria uomo-donna, vista come possibilità di assimilazione e normalizzazione definitiva nella società, con il conseguente rifiuto di assumere la visibilità e l'attivismo come tratto caratterizzante la propria esperienza. Francesco, venticinquenne bolognese utente del MIT, esprime con molta chiarezza questa visione:

Con il MIT seguio il consultorio perché sono utente. Io conosco persone FtM che non vogliono, non sentono il bisogno di sbandierare ai quattro venti il fatto di essere FtM e di avere un passato. Io sono un utente del MIT, io usufruisco di un servizio, ho un pensiero mio e il mio pensiero è del benessere generale: non è che se vengo seguito al MIT devo essere un soldatino e quello che fa il MIT deve essere sparso in tutto il mondo. Sono attivista entro un certo limite, io sono fuori da queste cose dell'attivismo, io nel mio piccolo faccio qualcosa anche solo semplicemente andando a lavorare, spiegando ai miei colleghi. Nel mio piccolo ti faccio capire che sono una persona normale, ho i miei problemi, non voglio dire che anche io ci metto la faccia, però nel mio piccolo... non solo tu che fai striscioni, non vuol dire che solo tu fai l'attivismo, siamo in tanti che lo facciamo. Alcuni che lo fanno così come se la sentono, ad altri magari non gliene frega niente, se lo inviti a un festival non ti verrà mai perché non ha interesse. Tu non puoi dire: "Ti devi far vedere"<sup>48</sup>. (Francesco)

---

57 anni circa. Di queste persone, solo quattro non sono state utenti del consultorio. Nello svolgersi di un anno tale numero è diminuito, ma il dato è in continuo mutamento.

<sup>48</sup> Costituisce una contraddizione importante il fatto che lo stesso intervistato, pur mettendo in discussione la forma della visibilità che l'attivismo al MIT implica con le sue molte attività culturali e politiche, sia titolare di un canale YouTube (<https://www.youtube.com/user/GeckoGabriel>) nel quale descrive nei particolari tutti gli aspetti e le fasi del proprio percorso di trasformazione fisica, nel momento stesso in cui esse si svolgono. In questo senso, sia la categoria di visibilità, sia quella di attivismo, subiscono un profondo sovvertimento per tramite della rete. Di converso, è altrettanto interessante sottolineare che lo stesso ragazzo, sia stato promotore insieme ad altri – attraverso i social network – di un'iniziativa di incontro per ragazze e ragazzi trans, in cui invitando ad "uscire da Facebook", si propone "un'occasione di confronto, crescita, consapevolezza, socializzazione e svago" (Cfr. pagina Facebook del gruppo, autodefinitosi "Gruppo TRANS Bologna").

In conclusione, tra le principali sfide che si pongono al MIT, occupa un ruolo centrale la valorizzazione della molteplicità e della differenziazione dei percorsi di transizione. In questo senso, la rideclinazione di una concezione di benessere trans si costituisce come vero e proprio processo di *agency* finalizzato alla costruzione sia di nuove forme di rivendicazione sul piano clinico e culturale (Vicarelli 2013) sia di nuovi discorsi e pratiche politiche sull'esperienza del corpo trans in generale (e sulla salute intesa in generale come benessere) (Consultoria Queer di Bologna 2015, 21). Non è un caso dunque che le interviste abbiano evidenziato la tendenza a far coincidere un certo grado di benessere con la possibilità di agire sul corpo e modificarlo secondo i propri desideri. Il corpo, nei suoi processi trasformativi, si rivela potenziale “strumento” di ampliamento dei diritti di autodeterminazione delle persone transessuali: un processo che non può prescindere dall'inclusione di trattamenti capaci di considerare più apertamente le richieste di autonomia e riappropriazione critica delle tecnologie e dei trattamenti di modificazione corporea. La domanda “chi dispone del mio corpo?” contiene ancora una volta uno straordinario potenziale di liberazione” (Ballarin 2013), oltre che un'utile indicazione euristica. È lungo la direttrice tracciata da tale quesito che i prossimi capitoli sono stati articolati. In particolare, si è voluto analizzare come il MIT informi e intervenga nei progetti di cambiamento fisico e di genere, personali ma anche collettivi, e il ruolo da esso giocato nell'ipotesi di costruzione di una *transgender citizenship*. Inoltre: come si muovono i protagonisti all'interno del *setting* scelto, nell'esplicitazione dei propri desideri e delle proprie difficoltà? Quali sono i rapporti con i professionisti coinvolti nel lavoro del consultorio? Quali differenze si riscontrano tra chi affronta un iter di riassegnazione di genere internamente a tale spazio e chi si muove fuori, o attraverso i confini da esso segnati?

Un riferimento tanto teorico quanto metodologico per l'elaborazione dei prossimi capitoli è stata la tripartizione analitica proposta da Scheper-Huges e Lock (1987): l'interazione tra corpo individuale, corpo politico e corpo sociale consente infatti di restituire la complessità dell'esperienza trans così come intercettata del contesto del MIT, riducendo (si auspica) al minimo il rischio di semplificazioni.

Nel capitolo che segue, facendo un passo a ritroso, verrà tracciata una cartografia delle storie, dei percorsi e delle esperienze che hanno segnato i protagonisti prima del loro approdo al MIT.



## Capitolo quinto

### **Anti-corpi<sup>1</sup>. Corpi tra disidentificazione e progettazione**

Da quali norme sono circoscritta nel momento in cui inizio  
a chiedermi cosa posso diventare?  
E cosa accade quando inizio a diventare qualcosa  
che non trova posto nel regime stabilito di verità?  
Judith Butler, *Fare e disfare il genere*

È fondamentale non riconoscersi.  
Il de-riconoscimento, la dis-identificazione  
è condizione per l'emergere del politico come  
possibilità di trasformazione della realtà  
Paul B. Preciado, *Testo tossico*

L'aspetto corporeo tra uomini e donne trans è differente, così come differente è la modalità di esperire il corpo sessuato, tanto negli spazi privati quanto in quelli pubblici. Per quanto questa affermazione risulti scontata e banale, essa si situa alla base di una scelta che, se a prima vista può risultare contraddittoria, risponde invece alla necessità di considerare quanto più possibile l'ampia varietà di esperienze corporee ingenerate cui il termine "trans" si riferisce. Avendo posto al centro del presente studio i progetti, l'investimento, i desideri che investono i corpi delle persone che vivono un percorso di transizione, si è infatti deciso di non suddividere le riflessioni emergenti dalla ricerca empirica secondo il genere di sentita appartenenza. Si è optato, invece, per l'attraversamento trasversale delle fasi e delle tematiche che maggiormente avvicinano – o discostano – le esperienze incontrate: una decisione che va anche nella direzione di affermare uguale dignità a chi, pur considerandosi in transizione, rivendica legittimamente il diritto di non vedersi assegnare arbitrariamente un'identità di genere aderente alla norma binaria eterosessuale.

Raramente i precedenti studi dedicati all'esperienza transessuale e transgender si sono soffermati sulle fasi iniziali, contemporanee o successive alla transizione di genere, intesa

---

<sup>1</sup> Il titolo del presente capitolo è "mutuato" dall'omonimo intervento di Valentina Greco, *AntiCorpi Il corpo biologico come invenzione politica. La genealogia critica di Beatriz Preciado*, <https://eticapoliticadigenere.wordpress.com/materiali-didattici/> (27 ottobre 2014).

come percorso per il raggiungimento di un aspetto corporeo desiderato. Più frequente è stata invece la scelta di porre al centro l'identità di genere e considerare i cambiamenti corporei come sua diretta conseguenza (Arfini 2007; Davy 2011). L'approccio proposto considera invece il corpo (e le modifiche intraprese su di esso) come spazio fondamentale di riconoscimento e costruzione di sé in quanto soggetto (e, in particolare, soggetto trans), piuttosto che come fallimento di un'espressione fisica di genere – diffusa attraverso la retorica del “corpo sbagliato” – nella quale il “difetto” è anche una conseguenza della diffusione sociale e culturale di caratteristiche estetiche rigidamente binarie.

In questo senso, sarà importante considerare per esempio le molte e significative modalità di intervento sull'intera superficie corporea, piuttosto che privilegiare le scelte compiute sui genitali. La pluralità dei progetti che trovano espressione nel corpo è infatti la prima caratteristica che emerge dalla raccolta empirica dei dati: la soggettività e l'esperienza incorporata delle persone trans si strutturano attorno ad una complessa combinazione di aggiustamenti corporei, abbigliamento e accorgimenti estetici. Allo stesso modo, le aspirazioni e le scelte incanalate nei progetti di modifica dei corpi sono informate, orientate, prodotte, contrattate sulla base del posizionamento non solo di genere ma anche generazionale, socio-economico, geografico, del livello di istruzione, della struttura corporea di partenza, dell'appartenenza politica, della possibilità di accesso alle strutture sanitarie, e infine, più in generale delle storia di vita e di transizione. Tali fattori vanno a costituire il capitale culturale legato all'habitus dei soggetti: le condizioni di conoscenza, gusto e capacità di giudizio possono generare un infinito numero di modelli di comportamento, pensieri ed espressioni, che nel percorso di transizione danno forma al progetto di modifica corporea.

Il soggetto è di conseguenza continuamente sottoposto ad un intenso scambio intersoggettivo, all'interno e per tramite del quale i corpi vengono socializzati, mediati, riconosciuti, esperiti. In tale scambio si ritrovano tanto le famiglie e le reti amicali e affettive quanto l'ambiente lavorativo e scolastico; le figure mediche e giuridiche; le associazioni e i gruppi di supporto e rivendicazione dei diritti delle persone trans (rappresentato, nel caso studio qui scelto, dal MIT).

Per questo motivo la tripartizione analitica proposta da Scheper-Huges e Lock (1987) ha costituito in questo lavoro un riferimento tanto teorico quanto metodologico: nell'esperienza di transito di genere, l'interazione e la sovrapposizione continua tra corpo individuale, corpo politico e corpo sociale consente infatti di restituire la complessità dell'esperienza trans nella sua interezza, sventando (si auspica) il rischio di semplificazioni. Nei prossimi tre capitoli si è voluta tracciare una mappatura dei molti possibili progetti sul

corpo delle persone che iniziano una transizione verso il genere desiderato e/o oltre il binarismo di genere prescritto, in un continuo andirivieni tra queste tre dimensioni cui l'indagine ha assegnato un fondamentale valore euristico.

I tre capitoli sintetizzano i principali passaggi vissuti dai soggetti in carne ed ossa nel transito, attraverso, dentro, oltre i generi: l'inizio/gli inizi di un percorso di allontanamento dal sé corporeo (*disembodiment*) in quanto espressione incarnata di un'identità di genere attribuita alla nascita (sulla base del sesso anatomico) e non desiderata, insieme al percorso di scoperta della precarietà delle identità di genere e degli stessi corpi che le incarnano; la reinvenzione e la ri-costruzione dei corpi, attraverso tecniche di modificazione corporea estetica, ormonale e chirurgica.

La suddivisione proposta è dunque funzionale allo sviluppo di un lavoro che ha provato, nel suo svolgersi, a rendere continuamente conto di come nell'esperienza delle persone incontrate, non sempre e non necessariamente le fasi individuate ricorrono con la stessa sequenzialità e di come, in alcuni casi, esse possano essere parziali se non del tutto assenti, i loro confini porosi e precari.

Tale considerazione, che scaturisce come evidenza dall'analisi delle interviste, conferma la decisione di intendere il percorso di transizione in un'accezione aperta e indefinita, in cui durata, inizi e conclusioni (con eventuali interruzioni e riprese) si rivelano frutto tanto dei desideri e delle decisioni soggettive delle persone che lo intraprendono (corpo individuale) quanto della negoziazione tra queste, le istituzioni deputate alla gestione del transito (corpo politico) e il mondo sociale di appartenenza (corpo sociale). La transizione è dunque discorso, pratica ed esperienza soggettiva di allontanamento dal genere assegnato alla nascita verso un genere considerato opposto – che si compie attraverso un iter di adeguamento medico-chirurgico dell'anatomia – e/o verso indefinite incarnazioni in altri generi, senza passare attraverso predefiniti interventi medico-chirurgici. Per usare le parole di Jay Prosser, la transizione è, in definitiva, un insieme di cambiamenti corporei, psichici e sociali (Prosser, 1998, 4). Negli stessi racconti dei partecipanti alla ricerca, tale categoria si definisce come spazio discorsivo libero, indefinito, declinato ed utilizzato a partire dall'esperienza individuale di modificazione corporea e di genere.

L'approccio adottato in questo lavoro è informato dai cambiamenti che il termine stesso ha attraversato negli ultimi decenni. Inizialmente utilizzato per descrivere il protocollo clinico standardizzato richiesto alle (e dalle) persone trans desiderose di modificare chirurgicamente il proprio sesso e i propri dati anagrafici, esso ha escluso come sua logica conseguenza tutte le persone che non aspiravano a conformarsi ai rigidi standard medici ed

istituzionali. Tuttavia, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta del Novecento, la nozione di transizione è stata rivendicata e utilizzata da tutte le persone in lotta per il diritto soggettivo di auto-definire la propria esperienza di attraversamento dei confini dei generi socialmente definiti, espandendo il ventaglio di possibilità in esso comprese (Carter 2014, 235). Nel suo uso più recente e diffuso, “transizione” unisce le aspettative legate ad un processo di cambiamento continuo e indeterminato con quelle del raggiungimento di un punto finale (che per molte persone trans coincide effettivamente con gli interventi chirurgici e l’acquisizione di un documento coerente con il genere desiderato). In entrambe le accezioni, è una parola che contiene una molteplicità di micro gesti di protesta e resistenza alle norma binaria eterosessuale, sommando i quali i soggetti riescono a raggiungere lo slancio necessario per allontanarsi dall’identità di genere dentro la quale hanno vissuto come costretti, limitati, forzati, in alcuni casi anche per molti anni (Williams 2014).

I punti di arrivo, come quelli di partenza, sono per ciascuno differenti. Ma una prima convergenza si incontra nell’alto grado di attenzione e investimento – definito da molti come un vero e proprio “lavoro” – che gli intervistati assegnano al corpo e alla sua modificazione, che va a confermare quanto scritto da Williams, proprio a proposito della parola “transizione”: “When we are not aware of the days getting longer, have the seasons stopped changing? This is the promise of transition, as the term continues to expand from its psychiatric and surgical usage: that we can live in the time of our own becoming and that possible change is not restricted to the narrow sphere of our conscious intention” (Williams 2014, 235).

## **1. Corpi precari, generi precari. Scoprirsi in transito**

### **1.1 Molti inizi / nessun inizio**

Questo paragrafo esplora le modalità con cui, nel proprio percorso di vita, le persone riconoscono sentimenti di disidentificazione dal sé corporeo *gendered* e intraprendono le prime azioni di resistenza ad esso; le reazioni del soggetto, in termini di ricerca di identificazioni “altre” ed elaborazioni di iniziali modifiche del corpo, come strategie di auto-riconoscimento ed espressione di sé; gli effetti, interni ed esterni, che tali cambiamenti provocano.



La scelta del termine disidentificazione fa riferimento ad un processo di riflessione e interrogazione del sé intrapreso dai protagonisti dal momento in cui l'esperienza soggettiva e corporea inizia a distanziarsi dal binarismo di genere socialmente imposto e da un'anatomia vissuta come normativa, pur senza trovare nell'immediato una corrispondenza altrettanto salda in leggi e aspettative sociali altre (Butler 2004; Preciado 2015b).

La maggior parte degli intervistati descrive la presenza di questo gap. Nelle narrazioni, dalla somma di più esperienze di disidentificazione scaturisce la tentazione dei soggetti di individuare i punti (o il punto) di avvio di un percorso di transizione che, tuttavia, più raramente sembra giungere ad una vera e propria conclusione. Tali inizi, pur contribuendo a strutturare l'identità individuale, non sempre corrispondono a eventi ricordati, a posteriori, come periodizzanti il percorso di vita complessivo: più spesso essi sono infatti legati a situazioni ordinarie (in alcuni casi, addirittura raccontate come banali) o ad oggetti di uso quotidiano (ma non a caso, come riportato nella testimonianza che segue, tradizionalmente investiti di significanti di genere). Natalia ha 38 anni, è una donna transgender di origini siciliane che vive a Bologna:

Io andavo da mia madre quando si dava il rossetto prima di uscire, e lei mi dava il rossetto. Un giorno ho questo ricordo di me che vado lì a guardarla come al solito. Lei fa per mettermi il rossetto e io: "No, io non me lo metto il rossetto, io sono un maschio". Ero triste: era comunque la rinuncia di uno di quegli oggetti che per me erano importanti. (...) Penso di non aver avuto più di quattro anni. (Natalia)

I ricordi legati ai primi anni di vita, nel registro narrativo dei protagonisti, sembrano in alcuni casi avallare l'"autenticità" e il radicamento originario dell'identità di genere sentita. A volte essi ricalcano – anche loro malgrado – il copione medico dell'autonarrazione trans, che considera la memoria d'infanzia "come momento eziologico della teleologia narrativa" (Arfini 2007, 80). La sensazione di incarnare una diversità rispetto ai propri pari, anche tramite i giochi e le attività dell'infanzia, sono elementi chiamati a conferma del gap sentito rispetto al genere assegnato.

Sergio ha 37 anni, è bolognese ed è un agente di polizia che ha concluso il percorso medico e giuridico di transizione da circa dieci anni. Il suo ricordo restituisce chiaramente quanto detto, assomigliando a molti racconti resi da altri intervistati: dall'autocensura del proprio desiderio di esperire apertamente la propria identità di genere (ritrovata anche nella precedente testimonianza) al processo di presa di coscienza di un'altra identità, risultante dallo sguardo altrui come più "corretta" e "naturale":

S. Io avevo due anni e mezzo e giocavo in un ristorante con una amichetta che ne aveva tre: lei faceva la principessa e io facevo il cavaliere. Poi è arrivato un bambino – che mia madre dice essere stato una spanna più alto di me – e mi ricordo bene, te lo giuro, che lui voleva giocare, però voleva cambiare le regole perché lui era un maschio, e io gli diedi un pugno in un occhio, perché anche io ero un maschio! E lui se ne tornò piangendo al tavolo dalla sua mamma. Io mi ricordo proprio nettamente questo bambino che mi diceva: “Siccome voi siete due femmine e io sono un maschio, adesso comando io”, e io dicevo: “Ma come, anche io sono un maschio, l’amica è mia, quindi un momento!”. Gli ho dato un pugno in faccia e lì è finita la cosa. Per dirti che per me è sempre stata una cosa presente. Solo che poi avevo capito molto bene che era una cosa di cui non si doveva parlare, da subito.

I. *Come l’hai capito?*

S. Perché io da piccolino sembravo un maschietto, un po’ perché mia madre per praticità mi metteva la tuta, non ero una di quelle bambine tutti fiocchetti, ero abbastanza un maschiaccio. Quindi un po’ perché ero vestito così, un po’ per l’aspetto, molte persone che non mi conoscevano mi scambiavano per maschio e io di questa cosa ero molto fiero, però vedevo che i miei famigliari – mia madre, mia nonna – si scandalizzavano come se fosse una roba gravissima. Allora avevo capito che ero una bambina, cosa che a me non piaceva, però avevo capito che non dovevo dire che ero un maschio, perché non andava bene, perché le reazioni alla frase “Che bel maschietto” erano negative. Perciò ero una bambina. Quindi io son cresciuto così, immaginandomi che la mattina dopo mi sarei svegliato maschio. La sera andavo a dormire – nell’età in cui io andavo all’asilo, prima delle scuole, perciò molto presto – e mi addormentavo piangendo pregando dio di farmi svegliare maschio la mattina dopo. Poi ho smesso di pregare dio perché non funzionava, allora avevo un nonno morto e pregavo il nonno morto: non funzionava neanche quello. Allora a un certo punto ho capito che non sarebbe mai successo, che praticamente i miracoli non succedono e che non avevo nessuna possibilità. (Sergio)

Guido, 32 anni, originario del Veneto, dopo essersi laureato al DAMS di Bologna, è stato nella stessa città bibliotecario ed attivista del Cassero-Arcigay e, successivamente, del MIT. Vive con la compagna, insieme alla quale gestisce un’attività commerciale:

Io giocavo sempre con i maschi mai con le femmine: erano altro da me. La sensazione che avevo era: io non sono uguale ai maschi, però sono molto più simile a loro che alle altre. (Guido)

Pur non essendo intenzione del presente lavoro affrontare la complessa tematica del transgenderismo infantile, includere i primi anni di vita dei testimoni è utile per far emergere i significati e i dispositivi che, nel contesto delle società occidentali, attraversano i corpi fin dai primi anni di vita. Il bambino – la sua fisicità ed identità – è infatti solitamente rappresentato come essere in divenire, un “non ancora” inserito lungo una traiettoria in cui il soggetto passa da una condizione di incompiutezza ad una di completezza, fatta convenzionalmente corrispondere all’età adulta. Lo spazio intermedio tra questi due stati è segnato da un processo di sviluppo fisico e identitario, in cui il sesso e il genere giocano un ruolo centrale: se già alcuni mesi prima della nascita attraverso la nomina medica viene attribuito il sesso biologico al feto (al quale vengono riconosciuti genitali maschili o femminili) (Butler 1993; 1996, 7), è nello sviluppo verso la pubertà e l’adolescenza che i confini dell’identità di genere iniziano ad essere concretamente monitorati e definiti, al fine di assicurarne l’aderenza al sistema etero-normalizzatore ed etero-normalizzante. La riprova di questo processo emerge,

per contrasto, dalle parole di Francesco, un ragazzo bolognese di 25 anni, che ha la fortuna di vivere un'infanzia esente dall'obbligo di aderire alla divisione binaria di genere. In un corpo ancora privo di caratterizzazione sessuale evidente, egli è infatti affrancato dalle regole sociali che normano aspetto estetico e comportamenti. La possibilità di tale libertà si pone, anche a posteriori, in netto contrasto con i periodi successivi:

Io ho continuato ad essere me stesso fino all'età della pubertà, fino ai 13-14 anni: fino a quel momento ho continuato ad essere me stesso. Io sono stato molto fortunato, i miei genitori non mi obbligavano a vestirmi in un modo piuttosto che in un altro. Facevo gli sport che volevo (calcio, basket, sport che magari ti dicono che non puoi fare perché sei una ragazzina). Io sono stato molto fortunato, quindi io alle volte dico che mi sentivo più me stesso quando ero bambino perché non venivo indirizzato verso un genere piuttosto che un altro, ma indossavo quello che volevo. Poi c'è stato il periodo in cui entri contatto con altri ragazzi, al tempo delle medie, le superiori, la pubertà mettici dentro un po' tutto, anche periodi di crisi. E lì ti ritrovi un attimo costretto a fare una scelta, anche solo per avere un po' di relazioni, perché quando sei bambino fino alle elementari giochi con maschi, giochi con le femmine, nessuno ti dice niente. Quando le bambine giocavano avevano bisogno del "Milord" e mi chiamavano a fare la parte del "Milord" perché i bambini non volevano giocare con le bambine; così come quando i maschi giocavano a calcio e avevano bisogno di un portiere andavo io a giocare senza problemi, infatti ho vissuto un periodo alle elementari bellissimo, stavo bene perché dove volevo stare stavo, senza che nessuno mi dicesse: "No, qui non puoi stare". Invece il periodo delle medie, dai primi giorni, nella ricreazione io giocavo con i maschi, ma mi dicevano: "Tu sei una ragazza, non ti vogliamo". (Francesco)

Come evidenziano chiaramente i racconti dei testimoni, non è solo il corpo del bambino ad essere luogo di investimento, sorveglianza culturale e sociale (Owen 2014) e, di riflesso, di esercizio di auto-censura. Anche l'adolescenza, a partire dal XIX secolo, diventa campo di ansia e controllo disciplinare (Foucault 1978)<sup>2</sup>, sentimenti proiettati sui soggetti stessi da genitori, medici e insegnanti, attraverso istituzioni (quali la famiglia e la scuola) deputate all'apprendimento e alla socializzazione delle regole *gendered*, e all'interno delle quali di conseguenza, più forte è l'attenzione verso il loro rispetto e verso il rischio di sanzioni in caso di trasgressione.

L'abbigliamento si rivela tecnologia funzionale tanto al controllo quanto alla resistenza dei corpi. Se in tutte le fasi vissute dai protagonisti gli indumenti rappresentano un mezzo fondamentale di disconoscimento e riconoscimento del sé, è già dall'infanzia che i partecipanti comprendono come questi siano indicatori chiave della caratterizzazione di genere della cultura: indossare vestiti che non rispecchiano gli stereotipi di genere è interpretata come una forma di resistenza attraverso la quale sfidare il rapporto tra sesso assegnato e aspetto corporeo. Esiste infatti una relazione tra l'identità dei soggetti e le scelte

---

<sup>2</sup> Non è un caso che alla fine del secolo XIX bambini e adolescenti vengono studiati dallo psichiatra viennese Krafft-Ebing per spiegare alcune delle tipologie di perversioni sessuali da lui analizzate nel già citato saggio *Psychopathia Sexualis* (1894).

operate a favore di determinati oggetti ed indumenti e, come scrive Castellani, “da questa angolazione la moda si riformula incessantemente tramite una continua tensione tra alcuni binomi costitutivi dell’identità e della relazione con gli altri, quali (...) conformità/ribellione e maschile/femminile (Castellani 2010, 3).

Tale tensione si ritrova nel senso di umiliazione e vergogna provata quando gli indumenti imposti corrispondono al genere attribuito alla nascita, ma anche nell’insistenza e nella felicità provata per la rottura di tali convenzioni: una commistione di sentimenti che rivela, tra le altre cose, la precoce e profonda acquisizione, fin dai primi anni di età, dell’imperativo culturale che codifica l’appropriatezza o la sconvenienza del vestiario scelto.

Ancora Guido:

Quando ero all’ultimo anno di asilo o al primo delle elementari, più o meno, mi sono reso conto di volermi vestire in maniera diversa. Non che mia madre mi vestisse in maniera femminile, ero sempre in tuta, con la gonna no. A sei anni siamo andati in un negozio di abbigliamento e mi ha chiesto di scegliere: la mia amichetta del cuore è andata correndo nella parte femminile ed è tornata con una gonna a balze: una cosa inguardabile. Io sono andato direttamente nella parte maschile e ho preso un paio di jeans bellissimi con risvolti scozzesi e un maglione blu, ed ero contentissimo: mi guardavo allo specchio ed ero contentissimo, avevo anche i capelli corti. (...) Mia madre mi faceva scegliere, con l’eccezione della comunione o della cresima di altri, in cui mi dovevo mettere la gonna, ma appena finiva la cerimonia mi infilavo i pantaloni: era una specie di contrattazione. Ad esempio a carnevale un anno facevamo quello che volevo io e un altro anno quello che voleva lei: mi faceva vestire da cowboy, Zorro e l’anno dopo da principessa. Ma poi ha smesso perché ha visto che stavo troppo male, ha visto la frustrazione, nel farmi vestire da femmina. (...) I vestiti sono stati la prima cosa che mi faceva sentire a mio agio in mezzo alle persone. (Guido)

L’abbigliamento è dunque uno dei primi e più importanti elementi di disobbedienza di genere nelle storie dei protagonisti. Più che sulle reazioni esterne – sulle quali si tornerà più oltre nel capitolo – si intende qui focalizzare l’attenzione su come il poter decidere come vestire il proprio corpo abbia la capacità di spingere il processo di disidentificazione alla fase successiva, nella quale i tentativi di espressione del sé diventano vettore dell’identità di genere sentita. Scrive ancora Castellani:

“Tramite il vestire (...) il corpo e l’identità espongono e rappresentano una metamorfosi sempre possibile, lo sfondamento di frontiere apparentemente invalicabili in base alle quali vengono date per scontate e *naturali* realtà privata e sfera pubblica. Le stesse resistenze al cambiamento, le puntualizzazioni riguardo i confini di genere testimoniano l’importanza che questi assumono nel definire l’identità e le potenzialità innovative o destabilizzanti a livello individuale e sociale. (...) Attraversare un confine di sistema di segni considerato proprio dell’altro sesso rimette in gioco categorie ritenute *naturali*, ruoli dati per scontati, poteri e domini già distribuiti e non valicabili. (...) L’abito è una sorta di capitale culturale incorporato, che narra e pretende identità, che ridefinisce il dominio e la subalternità, ribadendo che nulla è scontato” (Castellani 2010, 7 e 178).

Il concetto di capitale di genere (Bourdieu 1998), inteso come la capacità di riconoscere i codici di genere, è uno strumento e una tecnica che si applica alle scelte estetiche e comportamentali, e che ha ricadute importanti sullo sguardo e sulla percezione esterna ai soggetti.

Per quanto detto, è possibile dunque affermare che l'abbigliamento costituisca una vera e propria tecnologia del sé, presente lungo tutte le fasi della transizione. Esso inoltre ha una specificità maggiore durante la pubertà e l'adolescenza, quando il corpo esperisce e subisce graduali ma radicali mutamenti corporei (riguardanti in particolare i caratteri sessuali cosiddetti secondari quali per esempio: la comparsa del seno, il menarca e la redistribuzione dell'adipe corporeo per le ragazze; il cambio della voce, la comparsa della peluria). In tali cambiamenti sembra infatti meglio definirsi la consapevolezza della pressione sociale a far coincidere identità di genere, corporeità ed apparenza, (e dunque, corpo individuale e corpo sociale), facendone spazi – reali e simbolici – di convergenza tra aspettative e stereotipi. In generale dunque i racconti relativi all'adolescenza e alla pubertà sono caratterizzati dall'andirivieni tra esperienze di scoperta, disconoscimento e tensione.

Tuttavia, a prescindere dall'età in cui si manifestano, i primi sentimenti di disidentificazione, sono accompagnati per tutti dal fastidio rispetto alle convenzioni di genere socialmente attese. Le narrazioni trans nel loro complesso si rivelano così capaci di suggerire un variegato e complesso spettro di possibilità per l'incorporamento dei generi, dislocando il potenziale liberatorio del disconoscimento e del riconoscimento di sé in qualsiasi – e quindi, in nessuno in particolare – punto della traiettoria di vita (Bornstein 1995, 2006).

Diletta ha 43 anni, è nata in un piccolo paese della provincia veneziana ed è residente a Bologna dove lavora come sarta:

Da sempre anche da piccola/o (*ride enfatizzando la doppia accezione usata del femminile e del maschile*) io non mi son mai sentita come gli altri! Ma penso che questo vada al di là del discorso transizione, mi sentivo sempre diversa. (Diletta)

Sandro, della provincia emiliana, si è laureato in Lettere Moderne all'Università di Bologna, ha 38 anni e si definisce un ragazzo transgender. Al momento dell'intervista, era coinvolto in una relazione decennale con un altro ragazzo transgender (anch'egli intervistato per la presente ricerca) col quale, quasi in contemporanea, ha iniziato il percorso di transizione. Entrambi utenti presso il consultorio MIT, hanno scelto modalità di transito diverse. Sandro infatti, diversamente dal compagno, ha iniziato una terapia ormonale:

Ho sempre sentito fin dall'inizio questa diversità. Poi l'ho declinata in tanti modi nella mia vita, però sicuramente una difformità rispetto ad un certo tipo di ambiente che avevo intorno l'ho sempre sentita. (...) Io ho iniziato il percorso soggettivo, che per me comincia quando cominci tu stesso, fa parte della tua vita che ti porti dietro. Poi quello medico è stato tardo per me, avevo 35 anni quando ho fatto la richiesta di entrare e di essere seguito al MIT. (...) È stato come se avessi esplorato, tentato in tanti modi di dare un senso a questo mio essere, anche al femminile, riempirlo di tanti significati... È come se a un certo punto ci fosse stato uno scalino che non riuscivo a fare, qualcosa che non mi bastava, non mi completava. Arrivavo fino a un certo punto, ma c'era qualcosa che mi faceva sempre sentire leggermente in ritardo, spostato rispetto all'esterno. E poi a un certo punto ho pensato che forse fosse questa la cosa che dovevo fare: intraprendere questo percorso di transizione, così chiamato. (Sandro)

Porpora Marcasciano ha 58 anni, è la presidente del MIT di Bologna. È una persona transgender e il suo percorso personale è anche un percorso collettivo di attivismo politico, iniziato negli anni Settanta e raccontato ampiamente nei suoi libri di riflessione autobiografica e di indagine sociologica dell'esperienza transessuale:

Non c'è un'età in cui io mi sono definito/definita trans, quanto piuttosto un'età in cui mi sono definita – sentita, più che definita – diversa, perché non mi sentivo uguale agli altri, ai miei coetanei e questo chiaramente era una fonte di forte disagio e malessere, perché parliamo dell'adolescenza e parliamo di un periodo – io sono nata nel '57, quindi da quando avevo dieci anni, quindi nel '67 fino al '73 – in cui c'era questa sorta di malessere dentro che da una parte era malessere e dall'altra invece era euforia! Non so se definirla schizofrenia, però c'era questo doppio sentire e sentirsi! (Porpora)

Nel caso di Porpora Marcasciano, il riconoscimento di un malessere legato alla presa di coscienza della propria differenza, viene rideclinato contrapponendo la patologia di disforia (il termine coniato dalla comunità medica e scientifica per chi non vive una coincidenza tra genere attribuito e percepito), con la condizione di “euforia”<sup>3</sup>. La valorizzazione dell'esperienza transessuale e transgender, tramite atteggiamenti di “transpositività”, si ritrova, per quanto sottotraccia, in tutte le interviste. Essa è fondamentale per dimostrare come l'autonarrazione si riveli capace di sconvolgere e sottrarre prescrittività anche ai registri narrativi maggiormente diffusi (influenzati dall'approccio medico alla tematica). In questo caso specifico, il registro narrativo scompaginato è quello che contrassegna la vita delle persone trans come ineluttabilmente ed esclusivamente segnate dalla negatività e dalla sofferenza, ma anche quello del “corpo sbagliato”<sup>4</sup>.

Come tutte le ricostruzioni biografiche, anche quelle trans si rivelano precarie, poiché si costituiscono tanto come storie raccontate da altri (quando si tratta di ricordi dei primissimi anni di vita) quanto come storie continuamente rielaborate dal soggetto. Il processo di

---

<sup>3</sup> Cfr. al secondo capitolo, nota 11.

<sup>4</sup> Cfr. al secondo capitolo, paragrafo 1.1

costruzione e riaggiustamento dei ricordi, tramite racconti e sguardi altrui, è rivelato senza indugi (e senza cedimenti alla negatività) da Diletta:

Premetto che anche da piccola – così mi dicono – uscivo in giardino in vestaglia. Sai le solite cose che dicono tutti (le persone trans, nota di chi scrive): “Io già mi vestivo da donna”. Io uscivo con la vestaglia di mia madre, mi piacevano le collane, e uscivo in giardino a prendermi il tè, con la conseguenza che il vicinato, gli amici di mia sorella (che è grande di tre anni e mezzo più di me) dicevano: “Ma tuo fratello gira così, si traveste, cosa fa, cos’è, cosa non è, finocchio, Amanda Lear”. Io per loro ero Amanda Lear: ma magari! (Diletta)

Per quanto detto finora, è possibile affermare che solo la considerazione delle interviste nella loro eterogeneità e complessità può permettere di individuare la possibilità degli individui di costituirsi, tanto a partire dai primi anni di vita, quanto lungo tutto il percorso biografico, come luogo di soggettività (trans)*gendered* non normative, ma creative o resistenti rispetto alla norma eterosessuale (Castañeda 2014).

## **1.2 Camuffare, obliterare il corpo**

Come rivelano le interviste riportate, la progressiva presa di coscienza di abitare un corpo fatto corrispondere per convenzione ad un genere non desiderato non coincide immediatamente con la percezione di sé come persona trans. Questa percezione giunge in fasi diverse della vita e, in alcuni casi, in altre ancora può trovare la possibilità di esprimersi.

Comprovata in più momenti l’esperienza di quello che sopra è stato definito un gap tra l’identità ingenerata e l’anatomia incarnata – sintetizzato efficacemente da un testimone come la presa di coscienza che “in una cultura che ti impone dei binari, cominci a capire che non c’è un binario per te” (Francesco, 25 anni) – per alcuni emerge la necessità di scendere a patti con il proprio corpo individuale, assecondandone i tratti fino a lasciare che questo coincida con il corpo sociale. Le pressioni a vivere in conformità al binarismo portano infatti alcuni dei testimoni a sforzarsi di vivere all’interno dello spazio deputato al genere assegnato. Conformità che si esercita ancora una volta con la modifica dell’abbigliamento, e in secondo luogo, dei comportamenti.

Seguendo ancora il racconto di Sergio, si evidenzia la fluttuazione iniziale tra i due generi socialmente legittimati, che caratterizza molte delle esperienze raccolte. Appurata la disapprovazione esterna (in questo caso familiare) nei confronti del suo sentire ad esperire un’identità di genere opposta a quella attribuita, e presa coscienza dell’irrealizzabilità della sua speranza di “svegliarsi maschio” da una mattina ad un’altra, egli opta, per un periodo non

breve della sua vita, di “rientrare” nel genere assegnato alla nascita. Il verbo utilizzato dall’intervistato rende con efficacia la sensazione concreta di spostamento fisico tra dimensioni considerate nettamente separate tra loro. Tale decisione richiede la capacità di attingere da un intero apparato di atteggiamenti, movenze, accorgimenti estetici e abitudini tradizionalmente appartenenti al genere femminile, che acquisisce i profili di una vera e propria recita. Per Sergio vestire abiti femminili è un’operazione di *cross-dressing* più artificiosa del “passare come” uomo:

S. Vedendo che le cose non cambiavano avevo cercato un modo di rientrare nel ruolo femminile, però io non mi sentivo a mio agio, era molto una recita. (...) Ho cercato – la parte femminile, il ruolo femminile – di ricoprirlo per cercare di rientrare nei canoni.

I. Cosa poteva essere “rientrare nei canoni”, per esempio?

S. Intanto un abbigliamento più femminile, sicuramente, soprattutto quello, e dire o fare le cose che ci si aspettano da te: sono sfumature, io penso che non ci si possa rendere conto finché non si prova. (...) Io ci provavo e ci riuscivo anche dal punto di vista del risultato. Dal punto di vista di come mi sentivo io no però, non c’era nessuna tipologia femminile: dalla più aggressiva alla più leziosa, dalla più sportiva a quella fatale... Ce ne sono di tutti i tipi di donne, ma io non era nessuna di queste. Potevo fare ognuna di queste, poteva anche riuscirci e agli altri andava bene, purché rientrassi in uno stereotipo etichettabile: il problema è che nessuna di queste andava bene per far sentire bene me. (...) Ero la donna che qualunque uomo vorrebbe avere. Tanto quando reciti una parte non puoi sbagliare, perché non sei tu. Io lo so cosa vuole un uomo. A parte che gli uomini sono “modello base”, sapere cosa vogliono è facile, è talmente banale. (...) Gli uomini (eterosessuali) per me impazzivano, c’è stato veramente un periodo in cui mi cercavano tanto. Parliamo del periodo pre-transizione, pre-tutto, di quando vivevo al femminile. Il fatto che io avessi questo modo provocante, senza essere volgare, con gli altri funzionava benissimo: era con me che non funzionava. (...) Ma nel mio modo di interpretare la realtà io preferivo essere una figa da paura che faceva girare la testa a tutti, piuttosto che scimmiettare quello che non potevo essere. (Sergio)

La ritualità della vita quotidiana, costruita su regole precise e reiterate, ruoli definiti, assunzione di pregiudizi e comportamenti stereotipati, necessita in questo caso di essere tanto più marcata quando non sostenuta da una convinta adesione al genere che si decide di incorporare: in altre parole, quando le caratteristiche somatiche non si allineano con il genere sentito, il comportamento gioca un ruolo fondamentale nel processo di espressione ed interpretazione *gendered*. La performatività – teorizzata prima da Garfinkel (1967) e poi da Butler (1990) – va incontro ad un rovesciamento rispetto alla sua più nota accezione (pur trovando in tale accezione ulteriore conferma): essa è infatti agita rispetto al genere di nascita e non a quello di appartenenza sentita. In altre parole, genere percepito e condotta individuale si compensano ed entrambi sono responsabili della riuscita delle prestazioni di genere (Dozier 2005, 304). Il decidere di *fare* le donne o gli uomini “normali” sollecita l’adozione di strategie quanto più aderenti agli stereotipi del maschile e del femminile, come si evince anche dalle parole usate da Garfinkel per descrivere Agnese: “Agnese cercava di essere trattata e di trattare gli altri sulla base di uno *status* sociale legittimo” (Garfinkel 2005, 72; 1967). Il



genere non corrispondente al proprio sentire diventa così un insieme di comportamenti da apprendere, performare, esibire, reiterare in maniera marcatamente convenzionale.

Dalle parole di Sergio ricorre inoltre un atteggiamento che si ritrova in altre testimonianze di persone FtM, ovvero la tendenza a “vendicarsi” – vestendo panni femminili – sul genere maschile, come espressione della rabbia per l’impossibilità di esperire l’identità *gendered* desiderata. In questo caso poi, l’uso caricaturale delle stereotipizzazioni di genere polarizzano allo stesso modo e in modo ugualmente negativo il maschile e il femminile. Pur assicurando l’ordine sociale, queste stesse rappresentazioni si rivelano però prive di vantaggi, tanto a livello individuale, quanto a livello sociale: il lavoro e lo sforzo per restare all’interno dei confini corporei e di genere assegnati non riduce, ma amplifica il malessere avvertito tanto da Sergio quanto da Raffaella, una giovane ventenne dominicana. Raffaella ha da poco ottenuto il diploma presso un istituto alberghiero nella provincia bolognese, dove vive con la madre:

Fino alla terza superiore io cercavo di uscire con i maschi, di fare cose “da maschio”, di giocare con i videogiochi, stare al computer, avevo i capelli corti, mi vestivo da maschio, con i pantaloni da maschio: queste cose qua. Cercavo di nascondere il mio sentirmi donna, perché in realtà io lo sapevo, però cercavo di nascondere e questa cosa ha giocato a mio sfavore perché parlando con il senno del poi, dalla terza superiore in poi, io ho visto comunque che da parte delle altre persone c’è stato un cambiamento positivo nei miei confronti. (Raffaella)

Il genere si conferma dunque come “un ‘fare’ che viene stabilizzato nella vita quotidiana in base a retoriche e pratiche con cui soggetti confermano continuamente di essere ‘veri’ uomini e ‘vere’ donne” (Sassatelli 1998, 23). Kevin e Dina fanno un ampio uso di accorgimenti estetici per assecondare l’immagine e la fisicità rispettivamente del femminile e del maschile:

Io ho fatto la ceretta per 15 anni, ho fatto l’elettrocoagulazione ai peli biondi! Mi son fatto “la barba” tutta la vita, perché il mio motto era: se proprio devo essere una femmina, perché devo essere una brutta femmina? (Kevin)

Dina, 34 anni, pugliese di nascita e residente a Bologna, è una donna transgender, cresciuta in una famiglia dalla quale ha ricevuto un’educazione estremamente rigida:

Io ero molto maschile, andavo in palestra, facevo tutte queste cose per cercare di nascondere questa mia femminilità, perché avevo paura del giudizio della gente. Io stavo in un paesino vicino a Taranto, quindi immagina: ero figlia unica, avevo una carriera da modello. (Dina)

L’ultima testimonianza in questo senso è quella di Leandro. Trentunenne nato in una piccola città lombarda, durante il liceo sviluppa una socialità non costretta nei tradizionali confini di

genere: partecipa attivamente alla cultura hip hop e gioca a calcio (in una squadra femminile); a 17 anni ha la possibilità di trascorrere un anno scolastico (il quarto della scuola superiore) in Giamaica, persuaso in questa scelta dalla passione per la musica reggae. In quel contesto, la sua integrazione passa attraverso la stretta adesione ai modelli previsti per gli studenti occidentali, fortemente segregati secondo linee di genere:

Quando sono arrivato in Giamaica mi son trovato a vivere 10 mesi nei panni di una femmina, in ruoli definiti: io a scuola avevo la divisa e la divisa per le donne era la gonna. Dovevo vestirmi da *drag queen* in pratica! Oramai ci scherzo... (Leandro)

I casi riportati evidenziano come le persone trans si trovino nella posizione unica (e privilegiata) di sperimentare – non senza ironia, come si vede dalle parole di Leandro – l’incorporazione e dunque l’interazione sociale sia come uomini sia come donne, illustrando la relatività e la contingenza dell’assunzione dei ruoli maschili e femminili.

All’opposto, emerge da altre testimonianze la decisione – quasi contemporanea alla disidentificazione – di esercitare resistenza rispetto ad un corpo individuale a tratti descritto come “traditore” (Rubin 2003), e ad un corpo sociale che non si desidera assecondare. In tale realtà, interviene la complicità di contro-misure che porteranno a nuove auto-identificazioni: tra queste ancora una volta è il vestiario il primo e più accessibile alleato per chi vuole obliterare il corpo “de-genero”. Valentina ha 32 anni, è pugliese, ed è arrivata al MIT perché parte di un progetto di accoglienza per persone trans in difficoltà:

All’età di 14-15 anni ho iniziato ad indossare degli abiti... è iniziata la scelta degli abiti, che potevano essere almeno unisex, sia maschili che femminili, almeno per non dare troppo nell’occhio. (Valentina)

Abiti unisex e apparenza “neutra” sono un *passé-partout* consapevolmente utilizzato per i primi passaggi oltre i confini del genere assegnato. Insieme a questi, una combinazione di strategie inizia a creare lo spazio per una percezione di sé e del proprio corpo maggiormente accogliente.

Va in questa direzione la prosecuzione del racconto di Raffaella, che al momento dell’intervista si trova all’inizio del suo percorso di transizione medica (il giorno successivo all’intervista, le era infatti stata programmata la prima visita con l’endocrinologa del MIT, per la prescrizione della terapia ormonale femminilizzante). Le tecniche di “occultamento” dei caratteri sessuali primari che provocano disagio possono essere non solo fisiche, ma

anche linguistiche: si noterà infatti come Raffaella, per tutta la durata della frase, parli del suo pene, senza mai nominarlo:

R. Non la vedo come una cosa così tragica il fatto che ce l'ho, però comunque non la vivo in maniera molto naturale, non sento di essere "a posto" così. Per esempio, andare in piscina, andare al mare: io porto il costume in due pezzi e non si vede assolutamente niente, non si vede perché l'ho nascosto in maniera adeguata, diciamo.

S. *Tu usi molte strategie per essere certa di passare per una ragazza?*

R. Sì, sì. Per esempio quando mi metto i vestiti, quando mi metto i pantaloncini stretti io cerco comunque di nascondere, perché non mi ci vedo<sup>5</sup>. (Raffaella)

Claudio è il ragazzo che presta il volto alla campagna "Un altro genere è possibile"<sup>6</sup>. Ha 26 anni, proviene da una benestante famiglia bolognese, è studente universitario, videomaker e, al momento dell'intervista, attivista del MIT. Per lui, prima dell'abbigliamento interviene la decisione del cambio del nome, come tecnica di organizzazione dei rapporti con i propri pari, nella vita sociale in generale, nei rapporti intimi in particolare:

Io già in terza media mi facevo chiamare Claudio, avevo la prima ragazza, che stava con me come, eravamo "Giulia che sta con Claudio". Quindi diciamo che lì è cominciato il mio cercare un modo per verificare se in una qualche maniera fosse possibile... Non pensavo fosse possibile cambiare sesso da femmina a maschio, diventare uomo, però quanto meno cercare di capire se ero l'unico al mondo, se c'era qualcun altro come me che aveva questo disagio. Per me era un problema: in quel periodo cresce il seno, cominciano le mestruazioni, vedi la tua mente andare da una parte e il corpo andare dall'altra e li capisci. Io già compravo delle fasce alle medie: non so dirti se in prima, seconda o in terza. Io avevo una migliore amica che mi ha sempre supportato (...): lei veniva con me, andavamo nei negozi di ortopedia e io dicevo che facevo arti marziali, chiedevo quali fasce potevo prendere per proteggermi il seno e compravamo queste fasce. Poi arrivavo a casa, le mettevo, le rimettevo, mia mamma me le trovava, le prendeva e le buttava, senza venirmi a chiedere nulla. Perché probabilmente qualcosa aveva già capito. Io per non farla accorgere di questo cercavo di tenerle sempre addosso, giorno e notte, infatti è stato veramente pesante. Me le levavo solo per lavarmi, per far la doccia e per lavarle, però siccome mi ricordo questo particolare della chiusura a velcro, aveva questa chiusura a strappo, faceva molto rumore, quindi io veramente cercavo di far tutto in maniera molto segreta, molto nascosta. Io passavo tutte le giornate schiacciato, e non mi rifiutavo di sforzarmi a fare educazione fisica, palestra, o correre, giocare a calcio. Era per me molto stressante, perché non respiravo bene, mi sforzavo di farlo, però era una sofferenza, perché non ero libero. Io volevo fare tutte le cose che volevo fare, ma la dovevo fare con questa fascia (...): dai 14 anni ai 24, tutti i giorni, non uscivo mai senza la fascia per strada. È anche psicologico il vincolo. Io così stavo bene perché potevo vestirmi con i vestiti che mi facevano sentire a mio agio e non traspariva il seno, per cui per me il discorso del seno è stato il più drammatico. (Claudio)

---

<sup>5</sup> La tecnica adottata da chi desidera nascondere i propri organi genitali maschili è definita in inglese "tucking", e tre sono le modalità più diffuse: spingere i testicoli all'interno del canale inguinale, facendo rientrare e rendendo non visibili il pene e i testicoli, che verranno ulteriormente contenuti da biancheria intima aderente (oltre ai normali slip da donna, ne esistono altri pensati per questa specifica funzione); il semplice utilizzo di biancheria aderente capace di trattenere il pene, spinto in mezzo alle cosce; l'utilizzo di nastro adesivo medico fissante. Esistono inoltre molte altre tecniche, solitamente poco nominate nei lavori di ricerca dedicati al percorso di transizione di genere ma fondamentali per il raggiungimento di un benessere estetico ed emotivo dei soggetti in transito. Conferma la centralità di tali strategie l'enorme quantità di siti web rivolti non solo alla diffusione e allo scambio di informazioni e consigli, ma a promuovere veri e propri negozi on-line degli articoli necessari per la buona riuscita degli accorgimenti adottati. Simili tecniche di modifica dei corpi verranno riprese nel corso della ricerca.

<sup>6</sup> Cfr. capitolo quarto.

Come già osservato sopra, la coesistenza delle prime sperimentazioni di modifica del corpo con la comparsa dei tratti sessuali secondari – quali la crescita del seno per le persone alla cui nascita è stato assegnato un sesso biologico femminile, o della peluria sul viso per le persone alla cui nascita è stato assegnato un sesso maschile – è un fattore disturbante per chi ha già iniziato ad aspirare ed immaginare, in maniera più o meno definita, un progetto di mutamento verso un altro genere.

In tutti i casi, esperimenti di costruzione di un sé aderente al sentire soggettivo e l'occultamento di parti del corpo indesiderate convivono per un tratto della vita dei testimoni. In particolare, sul percorso dei ragazzi e degli uomini transessuali e transgender pesa il ruolo simbolico che all'interno delle culture occidentali è giocato dal seno nella rappresentazione della femminilità. Tale simbologia investe – in maniera quasi più incisiva rispetto agli organi genitali, perché più visibile – non solo il corpo individuale, camuffato e compresso, ma anche quello sociale, soprattutto quando questo entra in contatto con altri corpi investiti dagli stessi significati (Pitts Taylor 2008, 32). L'occultamento del seno si qualifica come una tecnologia del corpo che si serve di articoli specifici (reggiseni contenitivi, fasce elastiche, canotte elasticizzate, note anche con il nome inglese “binder”) il cui utilizzo è ampiamente diffuso tra i ragazzi e gli uomini FtM che non si sono sottoposti a mastectomia (l'asportazione chirurgica bilaterale della mammella)<sup>7</sup>:

L'unica cosa per me era camuffarmi e vestirmi al maschile soprattutto per la quinta di reggiseni: anche per la postura ero gobbo, non facevo più sport perché non potevo andare negli spogliatoi femminili, ero a disagio a vedere le ragazze nude, mi sembrava una cosa sbagliata. Quindi ho lasciato lo sport che mi piaceva, la pallavolo (ero anche bravo, ero in serie C): ho lasciato tutto quello che riguardava la socialità. (...) Mi vestivo con vestiti informi, portavo reggiseni sanitari che mi stringevano. È sempre stata un'inculata: se stavo dritto si vedevano subito, anche se stavo incurvato a un certo punto comunque lo vedevano. Non avevo la barba, quindi diventavo sempre più diverso dai miei amici maschi e sempre più simile alle mie amiche femmine. Quando mi è arrivato il ciclo è stata una disperazione: ho sperato fino all'ultimo che non mi venissero. Se non avessi avuto delle ovaie normali potevo avere la scusa di non essere normale. (Guido)

Dalle parole dei due testimoni si evidenzia l'ambivalenza delle strategie che provano a stabilire un equilibrio tra il sollievo di aver occultato parti di sé che provocano disagio e le privazioni, la tensione e la sofferenza fisica che esse generano: come si vedrà più

---

<sup>7</sup> Si sottolinea l'esistenza di un'ampia varietà di prodotti a disposizione delle persone in transito verso il genere maschile (o che desiderano acquisire caratteristiche che rimandino ad una fisicità maschile). Anche in questo caso il web si rivela risorsa fondamentale per la diffusione di informazioni e prodotti specificatamente rivolti ad una fetta di mercato occupata da soggetti in transito verso il maschile: insieme alla biancheria contenitiva per il petto, ampia domanda è rivolta all'acquisto di falli (“pucker”) con finalità estetica, per rapporti sessuali penetrativi, per urinare in posizione eretta (con correlati modelli di biancheria intima di supporto). Su questo aspetto si tornerà anche nel capitolo successivo.

diffusamente parlando degli interventi chirurgici, proprio il dolore si costituisce come elemento imprescindibile del percorso di cambiamento.

Altrettanto carico di significati culturali e causa di pesanti affezioni emotive è generalmente il ciclo mestruale, un evento talmente denso di problematicità per le persone in “uscita” dal genere femminile da costituire una delle spinte più forti a favore dell’inizio del trattamento ormonale (che, come si vedrà nel prossimo capitolo, induce blocco dell’ovulazione e amenorrea). Nelle flusso mestruale risiede infatti la più simbolica delle rappresentazioni corporee della capacità riproduttiva, l’attività cardine attorno alla quale le società occidentali contemporanee hanno strutturato la differenziazione binaria tra il maschile e femminile:

Quando arrivava la fase pre (mestruale, nota di chi scrive) era la fine! Crollo sia fisico e anche soprattutto mentale: la devastazione! Non la vivevo molto bene. Era come una specie di tradimento del mio organismo, un tradimento totale del mio organismo che mi molla a piedi e si fa i cazzi suoi invece di fare quello che serve a me. All'inizio ero molto irregolare, da ragazzina, e mi andava meglio perché saltava un sacco di volte quindi stavo meglio. Ad un certo punto inizia ad andare tutto bene, il famoso “si regolarizza”, e da lì in poi è stato sempre peggio perché per me era sempre più intenso, negli anni i dolori mi sono aumentati (non so se c'è anche il dato mentale che influisce). (Sandro)

Insieme alle problematiche emotive e fisiche si impongono con forza anche le sensazioni di benessere derivanti dall’esplorazione di nuove possibilità del proprio corpo. Queste si ritrovano nelle parole di Kevin che, forse per indole, ha un’attitudine maggiore ad enfatizzare gli aspetti positivi delle prime sperimentazioni corporee ed estetiche:

Mi ricordo ancora con molta emozione la prima volta che mi sono fasciato e mi sono messo di profilo a guardarmi allo specchio: è stato meraviglioso. (Kevin)

## **2. Riconoscersi**

Ciò che si indossa diventa indicatore cruciale nell’identificazione ed espressione di genere e, insieme alle strategie di occultamento dei caratteri corporei sessualmente caratterizzati, offrono un supporto temporaneo che permette al soggetto di immaginarsi con l’aspetto desiderato e sincronizzare così il proprio corpo e la propria vita sociale con un sé più coerente. Piacere e piacersi, stare bene, vivere a proprio agio in panni nuovi, pensati ed esperiti per sé, sono sensazioni che hanno la capacità di far avanzare la ricerca di incorporazioni maggiormente corrispondenti al proprio sentire, in cui la disidentificazione e l’identificazione

sono due aspetti allo stesso modo centrali e non di rado coincidenti per tratti non brevi dei percorsi di transizione dei partecipanti.

In questo senso è indicativo che quasi tutti gli intervistati prima di prendere coscienza della propria condizione trans spieghino la propria percezione di differenza come orientamento omosessuale. Molti degli uomini FtM intervistati hanno fatto parte per un tratto della loro vita della comunità lesbica, identificandosi in particolare verso il “canone *butch*”, così come definito da Sandro:

Ho pensato a un certo punto di essere lesbica, di essere omosessuale e rientravo nella categoria, nel canone *butch* lesbico. Poi in realtà neanche poi così tanto perché io poi sono una persona molto esile di corporatura Io invece l’avevo preso molto alla Monique Wittig: le lesbiche non sono donne e me la vivo bene così a livello teorico, ideale, di rapporti, relazioni, comportamento. Però da un punto di vista fisico non mi vivevo, mi mancava qualcosa, mi sentivo sempre come se dovessi inseguire uno stato fisico reale, in difetto come se mi fosse negato e arrivassi a quei quattro giorni al mese come realmente avrei dovuto essere e poi il resto era un inseguimento. Quindi quando ho capito forse che qualcosa sarebbe cambiato con questi ormoni. Nel mio caso ho proprio pensato all’assunzione di ormoni, è stato proprio quello di provare questa modificazione fisica, di vedere se cambiando questo assetto sarebbero cambiate una serie di cose, anche a livello personale (...)  
(Sandro)

Come afferma Butler, anche l’identificazione si qualifica come un processo ambivalente, poiché identificarsi con un genere – o un orientamento sessuale – comporta l’assunzione di un insieme di norme in sé instabili, “tormentate dall’ambivalenza proprio perché ogni identificazione ha un costo: la perdita di un’altra serie di identificazioni, l’approssimazione forzata di una norma che non si è scelta, una norma che ci sceglie, ma che noi occupiamo, rovesciamo, risignifichiamo, nella misura in cui essa non riesce a determinarci completamente” (Butler 1996, 116; 1993). Nel caso di Sandro poi emerge il ruolo di cui le modificazioni corporee vengono investite anche relativamente alle identità di genere, al posizionamento nello spazio e nelle relazioni in quanto corpi portatori di significati ingenerati.

Più fluido – ma allo stesso tempo saldamente collocato nel suo tempo – il percorso di Porpora, la quale restituisce con chiarezza il senso di precarietà e fluttuazione che, in mancanza delle parole per dirsi e definirsi, contrassegna l’esperienza di ricerca di sé, vissuta come sperimentazione diretta:

Ad un certo punto, visti i tempi, mi sono percepita come omosessuale, perché sai, non sapevo neanche chi erano, se esistevano i transessuali, non sapevo proprio... non c’erano i vocaboli per definirci. Quindi c’è stata la fase del sentirsi diversi, del sentirsi omosessuali prima e poi del sentirsi diversi culturalmente – che è la fase politica – e poi quella del transito. Il quale transito però – metto un però – non ha avuto una linearità, come per molte persone – per la maggioranza – ma è stato un percorso di ricerca, che è corrisposto più o meno con il travestimento all’inizio.

Quindi come dire, sempre di più con abiti non veri e propri femminili, ma più che altro ambigui: c'era anche la fase, il periodo storico del travestimento: David Bowie, Lou Reed... eravamo invogliati su quello, figurati<sup>8</sup>. (Porpora)

Sono in molti dunque i testimoni che vivono l'identità omosessuale come risoluzione (almeno momentanea) al disagio e alla differenza avvertiti. È ancora Kevin a parlare:

Verso l'università decisi che avrei "fatto" la lesbica, che è molto diverso da "essere" lesbica, perché per me era una menzogna a tavolino tre me e me guardandomi allo specchio. Assolvevo a metà della mia problematica, che era quella di rapportarmi alle persone che mi interessavano, sacrificando me stesso, ma quello già mi sembrava un traguardone. (...) Me la raccontavo, era la mia vittoria di Pirro, era una forma di vigliaccheria. (Kevin)

Al contrario di Kevin, molti sono i ragazzi FtM che si scoprono attratti da uomini gay. Meno evidente (e probabilmente anche meno esplicitata) è invece l'omosessualità femminile tra le donne transgender e transessuali. Sergio oggi si definisce come uomo gay, ma l'acquisizione di tale identità è passata attraverso un vero e proprio percorso di ricerca e sperimentazione in cui la dimensione fisica, sessuale, di genere vengono continuamente sollecitate, messe in discussione, ricombinate tra di loro, nonostante la presenza di un saldo binarismo di genere emerga dalla narrazione dell'intervistato:

Mi rendevo conto che le cose non funzionavano, perché mi piacevano i ragazzi ma non nel modo in cui avrebbero dovuto piacermi, perché io andavo in competizione e soffrivo, perché naturalmente nella competizione ci perdevo sempre. Era sempre: "Io Tarzan, tu Jane", solo che io non Jane, per piacere! Nessuno pretende Tarzan, ma almeno un ragioniere Fantozzi! Dai 15 anni in poi ho avuto storie con altri ragazzi, ma cose molto soft, non avevo ancora rapporti sessuali. Però mi rendevo conto che non mi trovavo come ragazza, avevo questo conflitto forte, perché io 5 minuti dopo li volevo uccidere ed era tutta rabbia che avevo dentro che non sapevo come esprimere, come inquadrare, cosa farne, per cui era veramente dura. Allora ho iniziato a pensare che forse mi piacevano le donne, perché: *o di qua o di là*. Ho avuto un paio di storie. Poi ho iniziato verso i 18 anni a frequentare un gruppo gay. Io stavo bene in mezzo agli uomini, a me delle donne non me ne fregava niente ed era strano per una lesbica! Io pensavo che il problema fosse quello, di orientamento, perché io non conoscevo gli FtM, non sapevo che esistessero. Conoscevo le MtF perché vedi i "trav" sul viale, o in televisione. Oggi come oggi gli FtM sono anche rappresentati, non in maniera massiccia perché ancora nelle tv classiche non li ho visti, però su SKY o su internet finché ne vuoi. Ma internet all'epoca non c'era, parliamo di un altro mondo: sembra che ci sia un abisso tra me e i ragazzi di oggi, un altro mondo. Internet è stata una rivoluzione culturale. Quindi non conoscendo la realtà FtM pensavo che il problema fosse che mi piacevano le donne. Ho iniziato ad avere questi amici gay e questo gruppo di amici gay fu molto importante per me. Qui ho conosciuto anche una donna con cui ho avuto una relazione: lei era molto più grande, però aveva dei problemi perché era una persona transgender, si sentiva uomo, ma non ha mai fatto nessun passo in questa direzione. Dopo questa prima relazione ne ho avuta un'altra con un'altra ragazza più giovane, ma diciamo che del rapporto con la donna io apprezzavo la possibilità di avere io un ruolo più maschile, perché a quel punto c'era una maggiore parità che non mi inchiodava. A me non è mai importato molto di essere il vero uomo, macho: vedendomi non lo sono. Però non ho mai sopportato il divario di: tu sei l'uomo e io no. Sempre questo "no": perché io no? Stando con una donna questo problema sfumava, però contemporaneamente non

---

<sup>8</sup> Sul valore simbolico di rottura ricoperto dai personaggi citati da Marcasciano si veda Marcasciano (2015) e Castellani (2010).

avevo questa attrazione verso le donne, mi son sempre piaciuti gli uomini, solo che non affrontavo la questione del genere insieme all'uomo: avevo bisogno di un altro tipo di equilibrio, che ancora non avevo trovato. Quando tu non hai le idee chiare su te stesso è un po' difficile che gli altri possano capire, perché tu comunque mandi messaggi discordanti. Da un lato sei femminile perché ti stai imponendo di esserlo, dall'altro però tu non vuoi che l'altro ti tratti come tale, ma se è quelli che tu gli mostri, come pensi che possa trattarti! Dopo attraverso un annuncio su Babilonia, che era un giornale gay, conobbi questa persona che all'inizio si presentò come una ragazza, ed era FtM. Ho conosciuto questa persona e dopo pochi giorni mi ha spiegato che la questione era che lui si sentiva maschio. (Sergio)

Manuela, 25 anni, ragazza transgender nata in una città emiliana, attivista del MIT e testimonial della campagna "Un altro genere è possibile", così racconta il suo spaesamento e la sua ricerca di identificazione:

Io ero sicura di sentirmi donna. E credevo che gli omosessuali si sentissero donne. Quindi il gradino è stato anche quando conobbi – oltre che quando vidi una ragazza trans in tv – una persona omosessuale per poterli chiedere come si sentiva e se anche lui provava le stesse cose che provavo io in quel momento. G. poi divenne il mio migliore amico, però lui mi confermò – facendomi conoscere anche tutto il suo mondo, tutti i suoi amici – che gli omosessuali erano uomini, assolutamente si sentivano uomini. Quindi io iniziavo di nuovo tornare in confusione, perché pensavo di aver trovato una strada, poi in realtà queste persone erano comunque diverse da me, perché sentivano cose diverse e volevano cose diverse. Quindi iniziai ad interrogarlo... anche perché mi fece riflettere perché lui una sera mi chiese se poteva baciarmi, e io mai avevo preso in considerazione... ero proprio ingenua! Ero proprio inquadrata negli schemi sociali, ma vestivo anche molto maschile, anzi più pensavo di avere delle difficoltà, più tentavo di mascherare... poi si capiva comunque forse dal fatto che stavo sempre con le ragazze, avevo una sensibilità più femminile. Però a livello fisico, se tu non parlavi con me, risultavo comunque molto maschile: capello corto, vestiti... (Manuela)

Dalle interviste emerge anche come il desiderio sessuale sia in transito, come e insieme al corpo, e a sostegno di quanto detto interviene la difficoltà di molti dei protagonisti ad dichiarare, in sede di intervista, il proprio orientamento sessuale (motivo per cui tale caratteristica non è stata considerata tra le variabili influenti sulla definizione del gruppo di intervistati). L'orientamento sessuale risulta informato dai significati di genere che si creano nell'interazione sessuale e intima, di cui il corpo è allo stesso tempo la fonte e il terminale. Ma se appare scontato asserire che la sessualità si esprime attraverso il corpo, meno scontato è il rapporto che lega queste due dimensioni, come ben emerge dalle testimonianze raccolte. Alterare il corpo può in alcuni casi portare alla modificazione dei desideri sessuali, cambiando, insieme ad esso, anche la modalità di situarsi dei soggetti nello spazio dell'interazione erotica. La fluidità può costituire dunque una caratteristica dell'orientamento sessuale delle persone in transito. L'intreccio esistente tra le due dimensioni (corporea ed erotica) è ben espresso da Guido:



A Bologna ha inizio la seconda fase, quella del lesbismo. Ho pensato: mi piacciono le donne. E quindi ho cominciato a pormi con le donne in maniera femminile, quindi avevo trovato un po' di pace anche se avevo sempre i miei malesseri. Avevo una gran confusione in testa, all'epoca sapevo che esistevano diverse categorie, ma neanche quelle categorie le sentivo mie. Cercavo di collocarmi: ero una lesbica-maschia. Per 10 anni ho frequentato la comunità lesbica, ma dopo 5 o 6 anni ho ricominciato a rimettere tutto in discussione. Quando ho iniziato a lavorare ed ad avere una casa, mi sono fermato un attimo e mi sono tornati tutti i dubbi e tutti i disagi che avevo prima: le mie relazioni duravano pochissimo poi quando si facevano più serie si comportavano come se fossi una donna ed io mi comportavo malissimo. Non so spiegarlo con chiarezza ma c'è una differenza nettissima di come una donna si rapporta con un uomo e come una donna si rapporta con un'altra donna, sono rapporti diversi. Una donna si rapporta con una fisicità simile. (Guido)

Il passaggio verso il riconoscimento di sé come persona trans è segnata, per quasi tutte le persone incontrate, dalla sensazione e il timore di incarnare esperienze uniche e per questo motivo, destinate alla solitudine, all'isolamento. Di conseguenza, l'incontro – casuale o cercato – con persone avvertite come simili, rappresenta un passaggio cruciale nel percorso di transizione. Per le donne trans, è frequente che l'identificazione avvenga con figure che sembrano rispecchiare ideali di bellezza e fisicità desiderabili, compatibili. E non di rado tali figure non appartengono a modelli femminili tradizionali, ma a donne trans, incontrate, viste, conosciute.

Viola (54 anni) è una figura storica del movimento trans italiano. Il suo ricchissimo percorso biografico è, tra le altre cose, fortemente caratterizzato dal suo impegno politico nei movimenti degli anni Settanta. Dai ricordi della sua infanzia, emerge con nitidezza il sentimento di affinità provato per alcune donne transessuali, nei confronti delle quali tuttavia l'ammirazione si mischia anche ad un non completo desiderio di emulazione:

Io poi ho sempre avuto a che fare con le persone trans, perché nella mia strada c'era una famiglia che, tra virgolette, le "ospitava". (...) Io cercavo sempre di finire a casa di M. che le ospitava, anche perché la mia migliore amica era sua figlia e quindi io cercavo sempre di stare lì, anche se mia madre mi diceva che non dovevo andarci, ma io ci andavo lo stesso. Io impazzivo, ma già da allora avevo qualche problema verso il mondo trans, perché loro mi proponevano – parliamo della fine anni '60, inizio anni '70 – solo un modo di essere trans: prima di tutto la prostituzione. (...) Quindi questo non mi piaceva: loro mi proponevano la persona transessuale come prostituta; un'altra cosa che mi stava stretta era questa normalizzazione. Io non capivo chiaramente, perché ero piccola, però capivo che non mi piaceva. Loro dicevano di essere donne, di volersi sposare, cambiare sesso: la normalizzazione. Dicevano: "Il mio fidanzato", "Mi devo sposare", "Mi devo operare". E tutto questo a me non piaceva, io non capivo il perché, l'ho capito dopo. (Viola)

I racconti dei primi episodi di identificazione con esperienze transessuali e transgender mettono in evidenza la centralità che occupa l'intersoggettività nel percorso di presa di coscienza del proprio essere (sentirsi) transessuale o transgender. Racconta Diletta:

All'età di 13 anni avevo un vicino di casa, ci si frequentava tutte le sere, si giocava fuori in cortile, e io lo stuzzicavo. Mi ricordo che davano in una rete privata, dopo mezzanotte d'estate, Maurizia

Paradiso con “Magic America”. Questo mio amico che era tre anni più grande di me, diceva: “Hai visto che gnocca, che figa”. E io dicevo: “Se fossi come lei!”, perché era una tipa un po’ aggressiva. Poi leggo in un giornale: “Il transessuale più famoso d’Italia”: transessuale? Il mio amico dice: “È un uomo!”, “Un uomo, ma è così piatta davanti, gira nuda...”. In questo articolo si parlava dell’intervento. Lei era negli anni ’80-’90 (...). Io vedendo questa cosa, non realizzavo che si poteva fare, non capivo, ma dentro di me c’era questa idea, voglia di essere... Lì comunque mi si è accesa una lampadina, ho cominciato a realizzare, è scattato il discorso: “Si può fare”. Non sono una donna, non sono un uomo, non sono gay: cosa sono? Cosa faccio? Allora ho iniziato a documentarmi, con cose sul transessualismo. Manco farlo apposta, le cose ti capitano davanti: articoli sul transessualismo, su Dolly De Luca<sup>9</sup> che stava a Treviso: benissimo! Presi il telefono... da lì è partito un po’ tutto. (Diletta)

Nel caso di Diletta, è particolarmente evidente il ruolo giocato dalla capacità di immaginarsi in relazione agli altri: la donna infatti, che interrompe la terapia ormonale a causa di un momento di indecisione e stanchezza, trova nuovo slancio per la ripresa del percorso grazie all’incessante sforzo di costruzione del sé, che non può prescindere dalla messa a confronto con le figure circostanti:

Mi relazionavo con gli altri e mi ricordo che guardavo le persone grandi, le persone anziane e mi dicevo: ma io voglio invecchiare come lui o voglio invecchiare come lei? E vedevo sempre queste figure di donne forti, di donne indipendenti. Io avevo delle vicine di casa: mi ricordo I., una donna che ha sempre vissuto come le pareva, nel tempo di guerra lei girava in treno, perché era l’amante di un generale, una donna di piglio (...), un po’ megera, un po’ così, e a me attiravano ‘ste donne, ‘ste persone, ‘sti caratteri, e io dicevo: da anziana come mi vedo? Come una nonnina o come un nonnino? E non mi vedevo come un uomo, non mi riuscivo a vedere con il berrettino. Vedevo ‘ste donne sempre allegre, vedove, pimpanti, sempre indaffarate a fare; invece ‘sti maschi sempre lì, da una parte all’altra, non sapendo dove stare; invece ‘ste donne vanno a casa, hanno i nipoti, devono fare, devono brigare. Comunque il mondo femminile, anche nel paese, l’ho sempre trovato molto più attraente: il modo di fare, questo essere goliardiche... Rispetto agli uomini: mi annoiano! Poi io non è che abbia una grande esperienza: di fidanzati ne ho avuto uno e mezzo, durati poco per via della noia. (Diletta)

Il corpo – i suoi confini e il suo aspetto – si rivela luogo e prodotto anche delle relazioni con l’altro, attraverso il quale e sul quale il soggetto prende decisioni: non solo cosa è possibile fare con il corpo, ma anche cosa il corpo stesso può fare. Si muovono in questa direzione anche i racconti di Valentina e Sergio:

V. Il mio primo mito è stata una trans, cioè neanche la donna, neanche mia mamma – anche se come modello mi piacevano i suoi vestiti, le sue cose – il mio primo modello è stata una ragazza trans. (...) Iniziai ad andare a ballare le domeniche pomeriggio: lì vidi per la prima volta una trans che faceva la cubista ed io rimanevo incantata ma non avevo il coraggio di chiederle cioè io ogni volta la guardavo con ammirazione perché era bella. Sapevo che tutti dicevano che era un uomo, tutti mormoravano ‘sta cosa ed io la guardavo con ammirazione e anche curiosità. La volevo conoscere, farle mille domande. Dicevo: anch’io voglio essere così. Sì, io volevo essere come lei, dicevo: io da grande voglio essere così.

S. *Era un modello di femminilità in cui ti rispecchiavi?*

V. No non mi rispecchiavo, era per me l’unica persona, sapendo che era stato un uomo, che poteva dirmi come poter fare, per raggiungere quel traguardo per me insormontabile, perché io la vedevo

---

<sup>9</sup> Dolly De Luca è una delle leader storiche del “primo” MIT (Movimento Italiano Transessuale).

una cosa proprio lontana da me per il contesto familiare, il paese in cui vivevo, dicevo: no non sarò mai capace, non ce la farò mai. (Valentina)

Per Sergio, l'auto-riconoscimento arriva specchiandosi nella persona con cui ha una relazione:

Quando abbiamo intrapreso questa relazione avevo un ruolo femminile nei suoi confronti. Solo che a un certo punto, molto presto, ho iniziato a vedere che lui era donna come me (nel senso che aveva anche più seno di me) però viveva da uomo, e a me questa cosa mi ha messo in crisi, perché ho iniziato a dire: "Perché io no?". Fino a quando avevo sbattuto contro il muro che mi ponevano gli uomini con cui stavo: "Io vivo da uomo perché sono maschio e tu no", l'avevo sempre dovuto mandar giù, per forza, obtorto collo, ma era una realtà. Però vedere questa persona che poteva viver da uomo come io avrei voluto, e che lo faceva, mi ha scardinato un sistema di valori. Se può lui allora perché io no? Non credevo che si potesse. La lesbica maschile l'avevo vista milioni di volte, però l'avevo sempre un po' disprezzata, perché francamente mi appariva come una che avrebbe tanto voluto, "vorrei ma non posso". Quindi quando questa relazione è arrivata ai conti di questa cosa ha vacillato, perché lui voleva stare con una donna e io stavo pensando di cambiare come lui. Abbiamo iniziato ad andare al MIT insieme: la prima volta io ho accompagnato lui. (Sergio)

Come Sergio, Guido condivide l'esperienza di riconoscersi nelle storie di altre persone FtM (attraverso l'efficace mezzo della scrittura autobiografica di altre persone transessuali). Questo ha l'effetto di creare – contemporaneamente – sollievo ma anche sentimenti di transfobia interiorizzata, non così rari nei percorsi di formazione degli intervistati:

Guardando su internet ho visto che esistevano siti dove le ragazze si mettevano delle canotte contenitive ed erano molto più maschili ed ho cominciato a incuriosirmi. Poi ho conosciuto S., K. e altre persone del Cassero e ho cominciato a rifiutare proprio la cosa. Ho detto: "Non posso fare una vita così, sarà una vita di merda". K. era in transizione, S. aveva quasi terminato la parte medica però già di aspetto era maschile, e pensavo che sarebbe stato una vita da castrati, devo dire la verità, avevo quell'idea lì. E poi ha iniziato a leggere di notte di nascosto, in biblioteca, mi leggevo delle cose di nascosto. Ho iniziato a leggere storie di persone, di sentimenti e ho cominciato a riconoscermi: in tutto quello che dicevano sentivo una similitudine mai sentita in vita mia. E ho cominciato a darmi martellate al cervello, perché ho detto: se facevo a meno di leggerlo forse facevo meglio. Ho rimesso in discussione tutto. E poi sono andato al MIT. (Guido)

La televisione si dimostra essere un mezzo importante nel percorso di auto-identificazione di molte persone trans. È anche il caso di Manuela:

Io in quel momento non sapevo niente della transizione: a 16 anni io non sapevo neanche che si potesse fare un percorso del genere (...) L'illuminazione arrivò con una trasmissione televisiva, in cui vidi una trans per la prima volta e allora capii che volevo intraprendere anche io quel percorso lì, che era quella la mia strada. (...) Io volevo fare l'attrice più che altro perché era l'unico modo che avevo per potermi mettere nei panni di una donna ed era quello che vedevo anche dalla televisione, soprattutto i comici, e quindi fare magari anche una parte ridicola che però mi inquadrasse nelle vesti femminili. Non mi interessava "passare come", mi interessava ogni tanto vivermela in quel modo. Quindi scoprii che oltre a Platinette e a tante altre figure esistevano anche

le trans! Era la trasmissione di Ruggeri con le due gemelle trans<sup>10</sup>. E tra l'altro il giorno dopo in classe tutti ne parlavano, ed io ero lì che ascoltavo tutte le parole, i commenti. (Manuela)

Se per le persone anagraficamente più adulte il riconoscimento di esperienze analoghe alle proprie passa necessariamente attraverso incontri o eventi casuali, il mezzo televisivo costituisce senza dubbio una risorsa per il passaggio di informazioni che, per quanto distorte e stereotipate, non sarebbero diversamente disponibili. In particolare, la partecipazione a trasmissioni televisive da parte di persone transgender e transessuali, e la visione di tali trasmissioni, viene indicata da molti dei testimoni come una sorta di epifania, un inaspettato ritrovarsi di fronte ad esperienze analoghe alle proprie, che costituisce un importante momento di auto-definizione (e in alcuni casi anche di sollievo). In particolare, la presenza di un ragazzo FtM alla decima edizione del “Grande Fratello” (edizione 2009), dà visibilità ad un’esperienza (la transessualità declinata al maschile) che fino a quel momento era stata ampiamente ignorata a livello *mainstream*. Il fatto che molti dei ragazzi trans incontrati facciano riferimento a questa vicenda parlando dei tentativi di interpretazione del proprio disagio, è sicuramente indicativo della sua importanza in quegli anni.

Diverso è il caso delle fondatrici del MIT intervistate, le quali, vivendo attivamente all’interno dei movimenti politici e sociali degli anni Settanta, sono state esse stesse promotrici di nuove modalità di vivere il corpo, la sessualità e la socialità. Esse infatti partecipano, nel suo svolgersi, al tentativo di stravolgimento dei tradizionali ruoli sessuali, e alla loro contemporanea reinterpretazione. Correlata e conseguente a questo tratto di storia culturale e sociale del nostro Paese è l’esperienza di coloro che, scegliendo di vivere a Bologna, beneficiano – in termini di costruzione di un percorso di elaborazione identitaria – dei vantaggi legati all’esistenza di una ampia e integrata comunità lgbtqi (con i suoi molti servizi, luoghi e iniziative). Afferma Antonio, quarantenne piemontese, residente a Bologna:

Io sono venuto a Bologna perché volevo stare in una città libera, dove già la gente un po' masticava di questi argomenti. E poi avevo la fissa per Eva Robin's. (Antonio)

La principale differenziazione sul piano generazionale nei processi di identificazione e autoriconoscimento di sé come persone trans è sicuramente connessa alla diffusione di internet. In tutte le narrazioni ricorre infatti il posizionarsi anagraficamente (e rispetto al proprio transito) in relazione alla presenza/assenza della rete, un elemento che cambia radicalmente la modalità di (auto)informarsi, riconoscersi, confrontarsi, rappresentarsi.

---

<sup>10</sup> Cfr. alla trasmissione tv “Il Bivio – cosa sarebbe successo se...”, in onda su Italia1, che nel 2007 dedicò una puntata alla storia di due gemelle transessuali.

Rispetto alla televisione, è la possibilità di interazione e di protagonismo a fare la differenza. A partire dagli anni Duemila, prima le mailing list, poi il fiorire di siti web, blog, profili e pagine su social network, canali You Tube, chat, magazine on-line hanno letteralmente rivoluzionato e ridefinito i contorni dell'esperienza del corpo individuale, sociale e politico delle persone transgender. Nella dimensione virtuale si rincorrono, in modo rapido e multidirezionale, scambi di informazioni e opinioni riguardanti ogni accezione e aspetto del percorso di transito, al cui interno le immagini (soprattutto dei corpi trans) sono il nodo principale della relazione, veri e propri ponti con il "reale" (Whittle 2001; Ekins e King 2010; McInroy e Craig 2015).

In ambito italiano, gli esordi di un passaggio tanto radicale sono ricordati da Sergio, che dal 2001 gestisce la prima mailing list dedicata alle persone FtM ("FtM Italia"), strumento da molti riconosciuto come risorsa fondamentale di messa in relazione e connessione con altre esperienze e come processo di riconoscimento e costruzione del sé (corporeo e identitario)<sup>11</sup>. Oltre a questa appena citata, due sono le questioni che l'utilizzo di internet mette in evidenza in tale contesto e che si presentano come fortemente correlate tra loro: da una parte il potenziale politico di tale strumento, inteso – nel senso più ampio del termine – come possibilità di fare rete, creare comunità e fornire informazioni non mediate ma create e gestite dalle persone direttamente coinvolte e interessate; dall'altra, la possibilità di *empowerment* e autodeterminazione dei soggetti che tali informazioni – se corrette – possono rappresentare nel rapporto con le figure mediche e nella creazione di aspettative e percorsi di transizione maggiormente aderenti ai desideri individuali. Sergio rappresenta la memoria storica di tale processo:

Quando iniziò l'avvento di internet, un ragazzo fondò questa mailing list che si chiama "FtM Italia", che era la prima e in quel momento anche l'unica che copriva tutto il territorio italiano. Tutti gli FtM che in Italia avevano un pc erano su "FtM Italia" e fu veramente una grande risorsa per scambiarsi le opinioni, ma anche le informazioni. Non sono mai passate cattive informazioni, però c'erano le informazioni che quello operava meglio dell'altro; che là dovevi farti mesi di psicoterapia e là gli ormoni te la davano anche subito... Era qualcosa in più. Era il 2001. Ce l'ho ancora questa mailing list, che oggi non serve quasi più a niente, perché c'è Facebook. Però per tanti anni c'è stata e c'è ancora e io l'ho presa in mano perché era il centro culturale degli FtM e la gestivo io che non ero un FtM stereotipato, proprio perché volevo che gli altri avessero l'opzione di pensare, aprire la mente e capire. Ho sempre detto allo sfinimento ai ragazzi: "La transizione non va da A a Z: voi potete fermarvi dove vi pare, se volete fare le operazioni, ma non gli ormoni e viceversa". Si è sempre anche parlato del controllo medico, sempre cercando di aprire gli orizzonti, perché non si sentissero più dire: "Se non ti piacciono le donne non sei un FtM, deve

---

<sup>11</sup> Dalla conversazione con Sergio, emerge che il numero degli iscritti alla mailing list si aggira, attualmente, attorno ai 600. Si tratta di un numero approssimativo poiché, come spiega il moderatore stesso, molte persone si sono iscritte più volte (a causa, per esempio, di cambi di indirizzi di posta elettronica); altri risultano iscritti pur non partecipando e pur non essendo FtM (ma, ipotizza Sergio, semplicemente curiosi o amici di persone FtM).

piacerti il calcio, devi giocare con i soldatini?”. Noi abbiamo migliorato le possibilità di ragazzi più giovani. (Sergio)

Come si è visto, l'auto-convalida può provenire da direzioni diverse. In alcuni casi non è lo sguardo del soggetto verso il fuori da sé a ottenerla, ma al contrario, è lo sguardo altrui che riconosce il soggetto e intercetta le parole e le modalità necessarie per definirlo. Nel caso di Kevin, questo sguardo appartiene alla ragazza con la quale egli vive una (breve) relazione. E la prima reazione è di negazione:

Credo di poter far risalire l'inizio di tutto questo circa quando avevo 29 anni, quindi circa 12 anni fa. Una mia ex compagna, con cui stavo da pochissimo tempo, un giorno mi disse: “Io ti percepisco come un maschio”. Lei aveva avuto più esperienze eterosessuali che lesbiche, in quel momento della sua vita. Io negai alla grande. Poi lei continuò a battere su questo tasto e dopo diverso tempo io ammisì questa cosa. Dico “ammisì” perché non è che me lo fece scoprire lei. Io so da quando avevo circa tre anni di sentirmi un maschio, e andando avanti con il tempo avevo deciso di fingere che tutto questo non esistesse (...) Poi un giorno lo ammisì e ne piansi – non avevo mai pianto per questa cosa – piansi per giorni. Per il fatto che stava diventando vero, se lo stavo dicendo a qualcuno. In quel momento assunse quell'importanza che non avevo mai dato. Ho pianto dopo aver ammesso di avere ragione. (...) La transfobia era la mia, non perché vedessi male le persone trans, ma perché come tutte le cose quando non le consoci ti intimoriscono e l'idea che avevo io della comunità trans era quella che ti dà la televisione. Lei cominciò a coniugarmi al maschile e io mi continuavo a dare del femminile, cosa che parlando con diverse altre persone è un processo abbastanza diverso da quello avuto dai più. (Kevin)

Nel caso di Raffaella è uno sguardo estraneo a qualificare e convalidare il suo corpo come corpo sessuato al femminile e orientare il desiderio di transizione:

Quando hanno iniziato a scambiarmi per femmina, io mi sono posta delle domande. Quando giravo per strada i maschi mi scambiavano per femmina. In terza, quarta superiore avevo i capelli lunghi, però non mi mettevo il reggiseno, non mi truccavo, non avevo né smalto né niente: né un maschio né una femmina. Quindi ho iniziato proprio a chiedermi perché mi faceva piacere: mi faceva molto piacere, mi faceva molto più piacere questo che essere scambiata per un maschio. Per me era molto peggio essere scambiata per gay, perché non mi rispecchiava il fatto di essere gay. C'era qualcosa in me, e io dicevo: “Ma perché mi scambiano per femmina?”. Questo non lo capivo: io parlavo con la mia voce, non capivo perché mi scambiavano per una femmina. E quindi ho iniziato a pormi delle domande e poi a darmi delle risposte. Ho iniziato a farmi crescere i capelli, qualche volta per andare in discoteca ero vestita da femmina e nessuno si rendeva conto che ero un maschio: mettevo i tacchi, mettevo il vestitino, queste cose così, ovviamente all'oscuro di mia mamma. Una volta sono andata in un campeggio e c'era questo ragazzo gay che mi ha detto: “Come assomigli a Rihanna, sei molto femminile, sei molto bella, ma scusa ma perché non vai al MIT e fai il percorso?”. Lui conosceva il MIT, conosceva il posto e mi ha detto: “Perché non vai al MIT?”. E lì mi è balenata l'idea che magari questo mio obiettivo, questo mio sogno che nascondevo (e di cui comunque ero consapevole), potesse realizzarsi. Poi ho iniziato a cercare un pochino su internet. Andando più avanti, sempre più persone mi dicevano: “Come sei donna, che bella donna che sei, che bella ragazza che sei, ma hai fatto il percorso?”. Così a un certo punto mi sono detta: io voglio fare il percorso, questa è la mia strada, questo voglio fare. (Raffaella)

Lo sguardo degli altri su di sé stimola reazioni, crea conferme, ridefinisce le scelte che i soggetti compiono sui propri corpi. Riconoscersi come persona trans crea quasi

immediatamente la necessità di potersi esprimere come tale, moltiplicando le possibilità di incorporamento ed espressione di sé. Come afferma Stanley infatti: “Gender self-determination opens up space for multiple embodiments and their expressions” (Stanley 2014, 90).

Laura (23 anni, al momento dell’intervista ha da pochi mesi concluso il suo percorso di transizione medica e legale). Non ha iniziato da molto l’università quando decide di fare *coming out*, proprio servendosi di Facebook, che diventa così strumento di autolegittimazione verso un primo stadio di modifica del corpo (che parte ancora una volta dall’abbigliamento):

Lo stacco c’è stato quando ad un certo punto sono esplosa, in primavera, e l’ho scritto: Facebook mi ha aiutato in questo perché non sarei mai riuscita a dirlo singolarmente ad ogni persona faccia a faccia. Me la sono tolta proprio scrivendo un messaggio comune, abbastanza lungo, ma comune, con varie persone. (...) Però questo mezzo mi ha aiutata, così da un giorno all’altro molta gente lo sapeva. Da un giorno all’altro mi sono sentita più in diritto, meno in soggezione nel fare piccoli cambiamenti nel vestiario. (...) Ho cominciato a mettere un cerchietto, un minimo di matita: i professori non capivano che cosa stessi facendo. (Laura)

Abiti, trucchi e in generale il lavoro sul corpo portato avanti dalle donne trans intreccia una relazione molto stretta con il loro percorso di soggettivazione, in quanto strumento di riconoscimento e costruzione del sé. Afferma Manuela:

Appena ho iniziato a dire la parola transessuale, appena ho elaborato quello che volevo fare, l’angoscia è passata. Poi mano a mano l’ho detto alle mie amiche, in una maniera bruttissima, perché comunque avevo paura, mi misi a piangere. Adesso, tornando indietro, lo racconterei nella maniera più tranquilla possibile, però lì ero ancora agitata. Alcune mi capirono, altre iniziarono a darsi delle colpe per non averlo capito loro stesse prima. Tutti questi dubbi rimasero fino a che io non iniziai a vestirmi da donna. Il risultato fu che vestendomi da donna loro mi capirono meglio, perché finché io parlavo della transizione vestita da uomo non riuscivano a tranquillizzarsi, le vedevo farsi carico loro della situazione dei miei problemi. (Manuela)

Poter finalmente vestire i “propri” panni ha dei vantaggi immediati sul piano emotivo e sul piano intersoggettivo. In particolare, le parole di Sandro riportano l’attenzione sul benessere provocato dalla capacità di potersi definire all’interno di uno spazio discorsivo – quello transgender – che immediatamente coincide con il corpo:

Quando capisci poi l’ansia passa. Io negli ultimi anni soprattutto post-laurea ho avuto una serie di problematiche, per il fatto di dovermi definire, per uscire dalla condizione di studente, non a caso nel post laurea. Mi sono laureato in Lettere Moderne, ormai a 32 anni, ormai mi buttavano fuori da lì! Poi infatti attacchi di panico, ansia, una serie di cose, quindi occupati anche dell’ansia, con training autogeno, terapie, cose che cominci tu di tuo, per metterti a posto con tutte le tue cose. E poi alla fine sono arrivato alla transizione e di lì la fine di questa ansia, di questo continuo senso di sfarfallio al cuore, o comunque di questa sensazione di non essere mai stabile. (Sandro)

Il confrontarsi con la decisione di intraprendere un percorso di transito mette da subito in moto una ridefinizione dei confini e della conformazione dei corpi, individuali, sociali e politici.

### 3. Re-azioni. “Curare” e allontanare i “corpi del reato”

La disidentificazione rispetto al genere assegnato alla nascita avviene attraverso il proprio corpo individuale. Lo sguardo esterno, che abbiamo visto in alcuni casi essere veicolo fondamentale di riconoscimento, in altri pesa negativamente sui soggetti, soprattutto quando proviene dalle figure socialmente investite del ruolo di *gatekeeper* della norma binaria eterosessuale.

Per questo motivo, per molti testimoni la ribellione al proprio genere inizialmente ha luogo al riparo da sguardi giudicanti, fuori dalla vista e dal controllo delle famiglie, in spazi protetti rappresentati da figure complici – prevalentemente femminili: amiche, cugine, sorelle – che garantiscono la possibilità di espressione, tutela, complicità. Questi spazi per le persone in transito verso il femminile, costituiscono una importante risorsa di apprendimento e socializzazione e assicurano agibilità e sostegno al lavoro in atto sul proprio corpo individuale, aggiungendo capitale di genere utile per esplorare e ridefinire le categorie di femminilità/mascolinità. Per le persone in transito verso il maschile invece, proprio le relazioni al femminile, e le reti sociali costruite in periodi antecedenti al transito (quando cioè gli intervistati vivevano ancora “come” donne), vengono successivamente rivendicate come ricchezza aggiuntiva indispensabile nel percorso di costruzione di una nuova maschilità.

Può succedere però che la visibilità del corpo individuale non corrispondente alle condotte estetiche attese crei disorientamento – quando non disappunto e vera e propria violenza – nelle persone più vicine, le quali proiettano sul corpo altrui (soprattutto se si tratta di bambini o adolescenti) aspettative divergenti da quelle esibite. Sono molti i casi in cui gli intervistati sono respinti dalle famiglie d’origine: i “corpi del reato” che esprimono fisicità trasgressive rispetto alla regola naturalizzata del maschile e del femminile vengono letteralmente allontanati dalla vista, fuori dal campo visivo ed emotivo, come racconta Valentina:

Prima dei 18 anni non era una cosa di tutti i giorni, facevo attenzione, magari andavo a casa delle amiche e mi preparavo lì. Poi intorno ai 18 ero proprio stanca di far ‘sta roba, di travestirmi, di ritornare nei panni maschili, era frustrante. Quindi buttai via tutto quel poco di maschile che



avevo, e presi questa decisione: basta adesso indosserò solo questi abiti perché io in questi sto bene. È stata proprio una naturale conseguenza, un'esplosione, un dire basta: era diventato veramente soffocante, io provavo disgusto quando dovevo cambiarmi e tornare e struccarmi e "riconciami" da maschietto perché dovevo tornare a casa, cioè me la vivevo malissimo, era dolorosissimo per me. Per cui decisi anche di affrontare mio padre che è sempre stata la figura che in casa per diversi motivi ha sempre creato tormenti. Io sono la maggiore di cinque figli, con un padre padrone (mio padre è un uomo che picchia sua moglie pensando che è giusto così, la moglie deve essere sottomessa, gelosissimo, mia mamma non poteva andare a fare la spesa perché c'ero io, figlio maschio e dovevo andarci io e lei doveva stare in casa a pulire e badare ai figli e alla cucina). Quindi c'era questo grosso terrore, questa paura (...): mio padre era una persona molto violenta, c'era il timore che questa persona potesse ammazzarci addirittura. Io un po' per l'età, un po' per la sfacciataggine, un po' perché iniziavo a sperimentare le droghe (...) dissi: "Ok basta a me non me ne frega niente anche se devo perdere la vita, io sono questa". E decisi di affrontare anche mio padre e quindi dall'età di 18 anni sono fuori di casa. Mi ha sbattuta fuori di casa. L'ho affrontato una sera in cui sono rientrata "da Valentina": vestita e truccata da donna "normale". Lui era già lì che mi aspettava con tutte le mie cose sparse sul divano, i miei trucchi, vestiti, aveva già sbaraccato tutta la mia stanza, messo tutto nel mezzo e c'era sto paio di tacchi: io mi ricordo che appena entrai lui prese sti tacchi e: *stomp!* Nelle tempie! Un dolore pazzesco! Io ho detto: questo adesso mi ammazza! Quindi scappai, riuscii a scappare. Fortunatamente avevo mia zia, la sorella di mia mamma, che mi ospitò per un periodo e poi decisi di partire all'avventura su per l'Italia, spostandomi un po' al Nord. (Valentina)

La transfobia attraversa a vario titolo le vite dei testimoni, spesso agita dai famigliari (in primo luogo dai genitori) ed espressa attraverso atti (o minacce) di violenza verbale, fisica, economica, affettiva. La storia di Claudio è tanto violenta quanto la precedente, nonostante si svolga in un contesto (geografico, socio-economico) e con caratteristiche molto differenti:

C. Quando io ho iniziato ad andare dalla psicologa, un po' prima dei 18 anni, io *sono stato messo qua* [nell'appartamento dove C. vive e dove si è svolta l'intervista]. I miei mi hanno detto: "Bene, se tu vuoi cominciare questa cosa allora...". Mia mamma aveva iniziato ad uscire ed entrare dalla porta della cantina del condominio perché si vergognava.

S. *Tu avevi iniziato a cambiare anche il tuo aspetto?*

C. No, semplicemente mi vestivo da uomo! Avevo le ragazze, ero visibile: io appena potevo andavo a comprarmi qualche cosa da mettermi che potesse essere maschile. I capelli li ho tagliati dopo che ho visto S. [uno degli intervistati]: dai 16 anni in su avevo i capelli non rasati ma corti. Mi facevo chiamare Claudio, già dalle medie, mi davano del maschile. Io proprio spiegavo: "Io mi sento così". Quindi il fatto di essere in un liceo [liceo classico considerato uno dei più prestigiosi licei pubblici bolognesi] in cui c'era la *crème de la crème*: mia madre era la migliore amica di un sacco di persone che sono un po' la *crème de la crème* e lei si vergognava tanto di questa cosa qua. Io non avevo vergogna di questa cosa, anzi mi sentivo bene. Lavorando in discoteca come capo staff, avevo uno staff di pubbliche relazioni: io a Bologna veramente conoscevo tanta gente e mi conoscevano tutti come Claudio. Mia mamma lo sapeva, anche perché le sue amiche andavano da lei a chiederle perché. Questo ha fatto sì che io mi sono costruito una vita al di fuori della mia famiglia perché la mia famiglia è arrivata al punto di dirmi: "Facciamo così: tu vuoi fare questa cosa, noi te la facciamo fare, ti diamo un supporto economico per campare per le tue necessità, però bisogna che ti stacchi da noi perché noi abbiamo i pazienti in studio e se dovessero sapere questa cosa rischiamo veramente un macello. Noi non la condividiamo questa cosa". E *mi hanno messo qua*, a 10 minuti di macchina da dove stanno i miei. Io per sei anni non ho né visto né parlato con mia madre e con mio padre. Mia sorella abita qua vicino io l'ho vista, l'ho sentita, negli ultimi anni. Però in questi sei anni ho costruito la mia vita totalmente come volevo io. (Claudio)

Simile è la storia di Natalia, che dopo essere stata "scoperta" dalla madre, subisce una reazione familiare repressiva. I genitori infatti decidono di rivolgersi ad una psichiatra, nella

speranza di poter riparare al “problema” della figlia. Questa consulenza avrà esiti impreveduti e, a causa dell’incapacità di far fronte ad una realtà considerata inaccettabile, padre e madre optano poi per la messa a distanza del corpo “de-genera”:

Un’estate – non mi ricordo se a 14 o 15 anni – avevo un impulso fortissimo a manifestare quello che sentivo, quindi una notte avevo scritto una lettera, e avevo fatto una scenata pensando di scappare di casa. Poi ovviamente ci ho ripensato... Probabilmente mia madre si era accorta di qualcosa, è andata a guardare – io avevo accartocciato questa lettera e l’avevo messa in un cassetto – è andata ad aprire il mio cassetto e ha preso questa lettera in cui io dicevo che stavo scappando di casa perché mi sentivo una donna, bla bla bla... Da lì io ho visto mia madre cambiare in un modo... diventare fredda... ho visto che non era più quella... ho passato un periodo di “io-so-che-tu-sai-che-io-so” senza dirci niente, dopodiché ha cominciato a farmi fare un tour di psicologi, psichiatri, psicoterapeuti infinito... orrendo. C’è stata una volta molto bella in cui sono finita a fare delle visite da una psichiatra, praticamente andavo proprio in un ospedale in una divisione psichiatrica, per cui immaginati, “Rocky Horror”: mi aprivano la porta, mi accompagnavano nello studio con i matti schizofrenici. Io avevo 15 anni, ero splendida con questi capelli lunghi! E lì incredibilmente in questo ambiente un po’ horror ho trovato una persona che mi ha capita completamente! La psichiatra ha chiamato i miei genitori e ha detto: “Guardate che vostro figlio non è depresso, non ha niente” e ci mandò da una dottoressa di Firenze. Lì c’era un centro, e c’era questa sessuologa che si occupava proprio di preparare le trans alla transizione, ad accompagnarle. Per cui i miei si sono trovati di fronte ad una persona che gli proponeva un percorso terapeutico, e a me non sembrava vero, era un sogno! Ovviamente mi hanno mandata ad abitare a Milano perché per loro era inaffrontabile. Questo mi ha portata a questa specie di persecuzione familiare, per cui mi hanno mandata a stare a Milano (perché mia sorella abitava lì, ma era fuori per un periodo) seguita da una sessuologa terribile, reazionaria... Più che altro quello che ha avuto effetto su di me è stato il fatto che io mi rendevo conto che avevo sfasciato una famiglia: c’era mia madre che veniva ogni 15 giorni a passare 15 giorni con me, mio padre da solo... Io mi sono sentita rifiutata sicuramente. Per cui ad un certo punto, avevo appena fatto 17 anni, ho gettato la spugna e ho detto: “Va bè, non ce la posso fare”. Sono tornata a Siracusa. (Natalia)

Nelle ultime due testimonianze riportate emerge la completa contrapposizione tra la negatività delle reazioni familiari e il sentirsi bene con il proprio corpo modificato (“ero splendida”, afferma Net) e la propria immagine.

La pratica della messa a distanza è piuttosto frequente e in molti casi si rivela una strategia adottata in prima persona dai soggetti, come tentativo di auto-determinarsi, sottrarsi a situazioni complesse, per andare in cerca di alternative attraverso le quali potersi esprimere in libertà. Il passaggio dal liceo all’università rappresenta un pretesto da molti utilizzato per cambiare città, allontanarsi dal contesto d’origine, abbandonare o allentare i legami stretti nei primi anni di vita. In particolare, per i non bolognesi, la scelta ricade sul capoluogo emiliano anche perché città nota per la sua maggiore capacità di accogliere e includere la “non conformità” (per tutti i testimoni – fatta esclusione per le fondatrici del MIT – la scelta di Bologna non è sostenuta dalla conoscenza del MIT, che avviene successivamente alla presa di coscienza di un desiderio di transito). Tra l’allontanamento forzato e quello auto imposto, esiste una terza alternativa, che vede i familiari della persona in transito in una posizione

ambivalente tra la disponibilità all'aiuto e l'affidamento a soluzioni mediche e cliniche non adeguate. È il caso ad esempio di Laura, il cui padre, medico, ricopre entrambe le posizioni:

Io ero in un momento di depressione, perché a Firenze i miei mi avevano mandato da due psicologhe vecchio stile, vecchie "zie", di quelle che ti fanno pescare i pupazzi dalla cesta: "Cosa rappresenta questo pupazzo, la tua transizione lasciamola là perché non ci interessa ora, cominciamo da Adamo ed Eva", ed io ero depressa. Sono arrivata a Bologna per cambiare aria perché non ne potevo più, ma ero proprio veramente giù. E per l'appunto poi ho scoperto il MIT, ma forse fu anche mio padre a dirmi: "C'è il MIT a Bologna", addirittura. (Laura)

In alcuni casi i protagonisti raccontano di essere stati sottoposti a terapie a scopo "riparativo", psicoterapeutiche o ormonali, in fasi della vita antecedenti la presa di coscienza del proprio essere trans. Ad esse si appellano i genitori, nel tentativo di modificare manifestazioni corporee (più generalmente considerate problematiche di salute) o attitudinali non conformi al genere assegnato ai figli. Sono quelle stesse manifestazioni che, nella ricostruzione narrativa del percorso di transizione, vengono invece rielaborate dagli intervistati come precoci segnali fisici dell'"autenticità" del proprio sentire *gendered*. A Raffaella, all'età di tre anni, viene somministrata una terapia ormonale mascolinizante:

R. A tre anni ho avuto un disturbo ormonale per cui mi hanno somministrato delle punture di testosterone a scadenza mensile e non serviva a niente: praticamente avevo poca produzione di testosterone perché comunque io andavo molto verso la femminilizzazione. Io giocavo con le bambine, giocavo con le bambole, non mi piacevano assolutamente le macchinine. Fisicamente non traspariva niente da parte mia, a parte la vocina, ma la vocina a tre anni...

S. *Queste somministrazioni di testosterone che ti hanno fatto erano motivate solo dai comportamenti che avevi?*

R. No. Mi hanno fatto delle analisi. In base a questi comportamenti si sono fatti delle domande, allora mia mamma mi ha portato in una clinica e mi hanno fatto delle analisi del sangue. Ero a Santo Domingo. Quando mi hanno fatto questa somministrazione di testosterone non è servito a nulla, quindi dopo cinque mesi hanno smesso di farla.

S. *Cosa si aspettavano?*

R. Loro si aspettavano che ci fosse un cambiamento mentale e comportamentale. Io non mi ricordo nulla di quella parte della mia vita, perché sono stati proprio tre anni da incubo, non mi ricordo proprio assolutamente niente. Ho smesso perché hanno visto che di cambiamenti in me non ce n'erano e mi hanno lasciata così. (Raffaella)

La stessa sensazione di alienazione è riportata da Francesco, al quale viene consigliata una terapia ormonale in pubertà:

È stato vivere in una bolla: vestito un po' più femminile, capelli lunghi, classiche cose. Ho anche fatto una terapia ormonale femminilizzante: io partivo tra virgolette "avvantaggiato" per il mio caso perché avevo dei problemi ormonali, avevo il livello di testosterone alto, avevo già le basette. Per me era già bellissimo. Ho fatto un transito al contrario, però a livello medico, perché le mestruazioni tardavano di sei, otto mesi, poi venivano per tempi prolungati, per un mese, e da lì ho contattato il ginecologo. Ho fatto la terapia e il ginecologo mi disse che dovevo affrontare un periodo di prova di ormoni per vedere se si stabilizzava o se, smettendo, riprendeva la peluria. Io a livello fisico avevo dei problemi di stomaco, non so se psicosomatici, per il fatto che sapevo già un

po' tutto. Mi ricordo le prime volte che ho fatto l'esame del sangue per vedere il livello di testosterone: il mio livello, da 01 a 09, era 08, e con mia mamma scherzando dissi: "Mamma non faccio prima a diventare uomo?". Non sapevo ancora della transizione, in battuta è uscita sta cosa: mia mamma non se lo ricorda però io sì. Prendevo quattro pillole al giorno, per due anni, e a livello emotivo ero uno schifo per gli effetti degli estrogeni. Poi non facevo una terapia psicologica perché è una cosa a livello medico. Mi ricordo una cosa che disse il ginecologo a madre: "Sua figlia se le mestruazioni non le vuole avere probabilmente è anche psicosomatico". È una cosa che mi fece strano. Era proprio uno scontro: tu vuoi essere così, fino a quel momento, fino alla pubertà puoi essere chi vuoi perché tanto il tuo corpo ti segue, e poi ad un certo punto il tuo corpo va di là e io però voglio andare di qua. Io l'avevo finita perché a livello fisico mi dava tanti problemi. La peluria è ricomparsa e abbiamo cominciato a fare un po' di terapia laser e anche lì momento di buio: la dovevo fare essenzialmente perché devo cercare lavoro e quindi con le basette, una donna con le basette non si poteva vedere ed è una cosa mi ricordo che ho chiesto io ai miei genitori. (Francesco)

## Conclusione

La precarietà dei corpi è dunque data dalla continua necessità di rinegoziarne i confini, e si dà, su un piano tanto individuale quanto sociale, fin dai primi momenti di riconoscimento del sé come soggetto trans, quando non precedentemente ad essi. Parlare di corpi e generi precari, non presuppone – di contro – l'esistenza di corpi e generi "saldi", "sicuri", ma significa riconoscere uno status di ricerca di sé e di cambiamento che elegge nel corpo la propria possibilità di esprimersi. Come i brani di intervista hanno provato a far emergere, l'incorporazione di un genere differente da quello assegnato alla nascita, e maggiormente aderente all'immagine di sé, dà vita a percorsi di creazione di soggettività trans che, in quanto tali, si rivelano imprevedute, precarie, scrutanti, capaci di svelare il carattere tecnicamente costruito dei generi tradizionali, e quindi della mascolinità e della femminilità. Esprimere a sé e agli altri la volontà di non voler essere identificati con i propri genitali apre strade non lineari di decostruzione identitaria, soggettiva, fisica e di forme di negoziazione che portano verso un diverso riconoscimento di sé, con tempistiche, sequenze e caratteristiche diverse da soggetto a soggetto.

Il pesante investimento – di tempo, energie e risorse economiche – richiesto dai singoli percorsi di transizione, fa sì che essi siano fortemente caratterizzati da avanzamenti, arresti e riprese, che possono ritardare o eliminare la decisione di affrontare il percorso di modificazione medico. La fatica di sostenere una situazione familiare conflittuale e la conseguente solitudine e mancanza di reti di supporto; per alcuni la necessità di stabilizzare la propria posizione lavorativa; la malattia o un lutto in famiglia; la tossicodipendenza; la depressione: sono alcuni degli eventi che hanno attraversato la vita degli intervistati, richiedendo risorse aggiuntive a quelle già ampiamente necessarie per affrontare un transito, e condizionando pesantemente il progetto di modifica del loro corpo e del loro genere.

Intento di questo capitolo è stato quello di portare alla luce, grazie al fondamentale ausilio delle testimonianze, alcuni degli elementi di somiglianza e dissonanza che caratterizzano gli esordi delle esperienze dei soggetti che si scoprono e si riconoscono in transito. Essi sono stati sollecitati ad esprimersi sui momenti segnati dalle prime sperimentazioni agite sui propri corpi, connotate, da un punto di vista di genere, in modo divergente da come socialmente atteso. È così emerso il precoce utilizzo di tecniche e tecnologie del corpo, come espressione di autodeterminazione di sé precedente ed estraneo a qualunque approccio medico e patologizzato dell'esperienza trans: tecniche e tecnologie che evidenziano come la significazione dei corpi attraverso codici *gendered* appartenga tanto alla sfera intima quanto a quella sociale e intersoggettiva.

Il corpo, come emerge dalle parole dei testimoni che lo abitano, non è dunque solo un effetto discorsivo (Foucault 1976; Butler 1990), ma un vero e proprio agente discorsivo, che gioca un ruolo centrale e concreto nella costruzione di sé, del genere, della sessualità e del posizionamento nello spazio pubblico (in termini di relazioni, affetti). Nelle narrazioni raccolte infatti il corpo individuale esperisce, gestisce e modifica codici di significato soggettivi e sociali, influenzato a sua volta dai propri posizionamenti generazionali, educativi, relazionali, socio-economici e culturali.

La disidentificazione dall'anatomia e la ricerca di nuove identificazioni di cui parlano gli intervistati permette, nella fase di transizione, di abbozzare progetti sul corpo che valorizzano l'*agency* dei soggetti trans, e rendono possibile considerare il corpo un potenziale a propria disposizione e non solo errore, sbaglio, intralcio per l'espressione del proprio senso di sé corporeo e di genere. Come si è visto, le prime modifiche del corpo permettono di "intravedere la possibilità di un'altra vita" (Preciado 2015, 321; 2008), producono un maggiore livello di consapevolezza e autodeterminazione in quanto soggetti in transito: condizioni necessarie per affrontare le tappe successive del percorso di transizione e reinvenzione di sé.



## Capitolo sesto

### Re-inventare i corpi

Like the cyborg, we are both complicit in and challenge to the biomedical industries. We are drastically rebuilding our bodies with the aid of technology, surgery and drugs. And we are doing this all on our own terms, committed to our own well-being, striving to our own liberation.

Michelle O'Brien,

*Tracing This Body: Transsexuality, Pharmaceuticals, and Capitalism*

Il processo di disidentificazione illustrato nel capitolo precedente non arriva mai a conoscere il punto finale, ma si affianca a quello di re-invenzione, progettazione, ri-costruzione del corpo desiderato: ad ogni grado di decostruzione raggiunto sembra infatti corrispondere un nuovo grado di avanzamento verso tali obiettivi. Una progressione che nei ricordi degli intervistati fissa un punto fondamentale in corrispondenza del momento in cui le tecniche del corpo adottate (come, per esempio, vestire abiti del genere desiderato) non sembrano essere sufficienti a risolvere la discrasia tra la percezione del proprio sé (corporeo e di genere) e la modalità con cui tale sé viene riconosciuto e (auto)rappresentato esternamente e socialmente.

L'incorporamento trans nell'età postmoderna assume come fatto strutturale che il corpo materiale, per essere soddisfacentemente (e socialmente) performato, possa usufruire di un consistente apporto di trattamenti medico-chirurgici ed estetici. Attraverso tale consapevolezza si compie uno spostamento fondativo dell'esperienza della percezione corporea transessuale e transgender: da corpo biologico portatore di un destino sessuato "naturale" e incontestabile e, in quanto tale, gravido di problematicità, a corpo tecnomodificato, piattaforma di sperimentazione di possibilità, di re-invenzione e (perché no) luogo di espressione di felicità ed euforia.

Ciò spiega in parte le ragioni per cui, oggi, l'esperienza trans è diventata emblematica delle possibilità di trasformazione dei corpi (oltre che della fluidità dei generi), grazie alla complicità – o sotto il controllo? – delle biotecnologie esistenti (endocrinologiche, chirurgiche, estetiche, cosmetiche). È attraverso queste – e i significati loro assegnati nel

percorso di transizione e ridefinizione somatica e di genere – che l’esperienza individuale del corpo si intreccia inestricabilmente al corpo sociale e politico (Lock e Scheper-Huges 1987).

Posta alla base della ricerca l’idea del corpo come “progetto” (Shilling 2003), nel presente capitolo è stata fondamentale la messa a confronto dei corpi individuali con le “tecniche” e le “tecnologie” a disposizione. Le “tecniche del corpo” verranno considerate sia come le modalità mediante le quali gli individui “nelle diverse società, si servono, uniformandosi alla tradizione, del loro corpo” (Mauss 1936), sia come strumenti del processo di *agency* verso la ricostituzione di un sé corporeo e somatico, potenzialmente risignificante rispetto alle possibilità di esperire il corpo *gendered* (de Lauretis 1987).

All’interno della tensione tra esperienza di genere del corpo e la sua (auto)rappresentazione centrale sarà l’analisi del ruolo giocato dalle tecnologie del corpo: si farà qui riferimento soprattutto alle nuove tecnologie, definite anche biotecnologie in quanto capaci “di addomesticare – se non dominare – la Natura, per dare forma ai corpi e fare posto alla Cultura” (Fusaschi 2011, 18), ridisegnando “senza sosta le frontiere fra i generi” (Preciado 2015, 112).

Nei progetti di re-invenzione e ri-significazione del corpo si riscontra un alto grado di *agency* dei soggetti (Davy 2011, 88), e questo risulta tanto più evidente nel passaggio decisionale relativo alla terapia ormonale. Come già è già stato sottolineato, la scoperta di tale possibilità avviene nei soggetti intervistati con modalità diverse, e altrettanto diverso è l’accesso e l’evoluzione del percorso terapeutico. Lo spettro di possibilità che si presenta alle persone che desiderano modificare il proprio aspetto fisico per travalicare i confini del genere assegnato alla nascita è ampio e corrisponde alle molteplici opzioni mediche, farmacologiche, chirurgiche, estetiche e cosmetiche.

Tali procedure sono state in questa sede suddivise in due aree che corrispondono ad altrettanti ambiti medico-tecnologici cui generalmente le persone trans si affidano nel corso della transizione di genere (con effetti e ricadute fisico-somatiche maggiormente potenti e invasive rispetto a quelle trattate nel precedente capitolo): la terapia ormonale e gli interventi chirurgici di “riassegnazione” di genere. Esse saranno oggetto del presente e del prossimo capitolo. Contestualmente, trasversalmente, precedentemente e successivamente ad esse si delineano ulteriori misure, di carattere estetico e cosmetico, non meno fondamentali all’interno dei progetti di modificazione dei corpi *gendered*. Tuttavia, esse non rientrano nei protocolli medici standardizzati (gratuiti) e, di conseguenza, riguardano l’iniziativa dei singoli che si addentrano in settori privati in cerca di servizi, consulenze, interventi, prestazioni (studi estetici, per esempio). A tali misure si guarderà in maniera contestuale, ma non specifica.



Nell'analisi del rapporto tra l'assunzione degli ormoni cosiddetti "sessuali" e le modificazioni corporee ad essi legate, principali riferimenti teorici saranno quelli forniti da studiosi femministe che, a partire da ambiti disciplinari diversi, hanno considerato il ruolo giocato da tali sostanze nella definizione e ridefinizione dei significati che, attraverso il corpo, i saperi scientifici hanno assegnato ai sessi, ai generi, alle sessualità e alle corporeità. Tali contributi teorici sono poi stati messi a confronto con le evidenze emerse dalla ricerca empirica.

In entrambi i contesti considerati (i trattamenti ormonali e gli interventi chirurgici), ciò che le interviste portano alla luce è l'importanza del corpo materiale – "a point of reference, not a nature" (Nataf 1996, 45) – in relazione alle modificazioni corporee intraprese. Nel processo di incorporamento del genere desiderato, queste ultime sono state interpretate come iniziative prese dai soggetti per avvicinare il senso del corpo (individuale) con la (auto)rappresentazione che di esso viene fornita (corpo sociale). Dall'analisi è inoltre emerso come le singole parti del corpo

"non sono meramente degli oggetti, ma delle possibilità e dei significati. Parlare di senso del corpo, ci consente di capire quali sono i meccanismi con cui il soggetto costruisce e si appropria del corpo; il senso del corpo (...) è una percezione che si colloca in maniera mai perfettamente congruente con la materialità del corpo, e che si intreccia con la sua proiezione psichica. (...) Questa relazione è un nodo in cui si articola la soggettività, perché permette di tradurre la realtà del corpo – di per sé muta – in materiale per i processi di soggettivazione" (Arfini 2007, 116).

Le diverse esperienze che animano i prossimi capitoli non intendono rappresentare né una omogeneità, né una specificità, né tantomeno un'eccezionalità legata all'incorporamento trans: tra le persone intervistate, alcune sono passate attraverso trasformazioni sia ormonali sia chirurgiche; altre hanno affrontato solo una delle due possibilità di cambiamento qui nominate; altri hanno iniziato ad assumere ormoni per poi interrompere l'assunzione, affrontando tuttavia interventi di carattere cosmetico; altri, al momento dell'intervista, erano in attesa di iniziare la terapia ormonale senza desiderare interventi chirurgici; altri ancora hanno sperimentato un periodo di autosomministrazione di ormoni, e così via. L'obiettivo non è stato dunque quello di definire una o più tipologie di incorporamento trans tramite i trattamenti medici. Al contrario, si è provato ad affrontare e qualificare la complessità e la differenziazione di tali esperienze attraverso le condizioni soggettive dei protagonisti incontrati, i loro habitus, le loro relazioni, le possibilità di resistenza ai/conferma dei modelli binari di genere messe in campo attraverso i loro stessi corpi.

Nel confronto con ricerche analoghe è possibile trovare riscontro a queste pratiche. Scrive infatti la sociologa inglese Sally Hines (2007, 83):

“Rather than signifying universal transgression or dominant gender conformity, this research suggests that transgender identity positions and subjectivities are contingent to divergent (trans)gendered experiences. The corporeal body is central to transgender sensibilities, and the body is experienced, managed and modified through subjective and social understandings of gender. Likewise, transgender identities can be seen to be constructed and negotiated both through and in opposition to medical discourse and practice, affective relations, and social, cultural and political understandings and networks. (...) The narratives considered in this chapter also point to the importance of developing an analysis of transgender that moves beyond a framework of gendered authenticity to transgress the deviant/transgressive binary”.

## 1. I trattamenti ormonali

What makes a man-testosterone? What makes a woman-estrogen?

If so, you could buy your gender over the counter at any pharmacy.

But we're taught that there are these things called "male" and "female" hormones; and that testosterone dominates the gender hormone balance in the males of any species. (...)

The example demonstrate that the universal key to gender is not hormones.

Kate Bornstein, *Gender Outlaw*

In accordo a quanto affermano Kessler e McKenna (1978), Oudshoorn (1994), Harding (1996) e Preciado (2015), gli ormoni sessuali si qualificano come una delle scoperte che più caratterizzano l'epoca contemporanea. Ad essi la scienza medica ha assegnato significati potenti, capaci di determinare la differenziazione sessuale dei corpi e di identificare al suo interno l'esistenza di un dato "naturale", biologico e quindi indiscutibile. Nel ventesimo secolo gli ormoni sessuali hanno giocato un ruolo centrale nel controllo e nella manipolazione dei corpi (soprattutto femminili), in quelle funzioni riconosciute come maggiormente legate alla sfera della sessualità (e in particolare della riproduzione: basti pensare alla diffusione che ha avuto la pillola anticoncezionale e alla sua importanza nel veicolare nuovi comportamenti e abitudini sessuali. Scrive Oudshoorn (1994, 15): "With the introduction of the concept of sex hormones scientists suggested that they had found the key to understanding what made a man a man and a woman a woman. (...) Sex hormones were thus conceptualized as the chemical messengers of masculinity and femininity". Il concetto degli ormoni sessuali come agenti di mascolinità e femminilità segna dunque l'inizio di un nuovo paradigma scientifico che si sviluppa a partire dagli anni Venti e Trenta del ventesimo secolo. Ad essi gli scienziati

assegnano il ruolo di trasmettitori chimici di segnali finalizzati a stimolare un “corretto” sviluppo di mascolinità o femminilità, composto da una serie di caratteristiche anatomiche, comportamentali ed emozionali esclusive o dell’uno o dell’altro sesso. Vale a dire che sugli ormoni sessuali sono stati applicati dispositivi discorsivi costruiti intorno all’essenza “naturale” del sesso biologico codificato come maschile o come femminile (Harding 1996, 99), capaci di oscurare il fatto che, al contrario, non esistono ormoni “sesso-specifici”: tutti i corpi producono contemporaneamente – seppur in livelli differenti – estrogeni, progesterone e testosterone. La differenza e la singolarità “di tutti i sistemi ormonali (e non la differenza tra i due sessi)” risiede dunque nelle “microquantità di ormoni presenti in ciascun corpo, nel numero dei recettori ormonali e nell’interazione sistemica con gli altri ormoni e recettori” (Preciado 2015, 198). Come conseguenza, si è di fronte ad una ampia quantità di gradazioni, contenute tra il maschile e il femminile, che aumenta il numero dei sessi esistenti e li porta ad almeno cinque (Fausto-Sterling 1993, 21).

Quello che Harding ha definito *hormonal body* (ovvero il corpo controllato dagli ormoni sessuali) diventa così un costrutto con implicazioni efficaci (dal punto di vista della trasmissione e diffusione di saperi) sul corpo sessuato e la sessualità. Tuttavia, spiega ancora efficacemente Oudshoorn (1994, 145),

“sex endocrinologists did not take the real challenge that their model provided, namely to abandon the dualistic notion that there exist only two sexes. From a standpoint of gender classifications, their revolutionary findings did not mean the end of the two-sexes model. Based on the same knowledge, it might have been possible to introduce a classification system of multiple sexes (...) The new science of sex endocrinology, however, decided to adhere to the traditional gender classification system”.

Tale posizione si è riflessa sulle pratiche mediche che hanno seguito modelli finalizzati a ri/stabilire presunti a/normali livelli ormonali nei corpi o maschili o femminili (con le relative “cure” per aggiustarne eventuali disordini) (Harding 1996, 100). In tali pratiche (sostenute da protocolli istituzionali e regimi culturali) gli ormoni “possono venire legalmente introdotti in un corpo umano in modo intenzionale e deliberato” in quanto “*agenti chimici* della mascolinità e della femminilità” (Preciado 2015, 148).

Nelle società occidentali contemporanee la diffusa elaborazione culturale che di tali saperi – diventati “medici” – è stata fatta è ben rappresentata dai trattamenti indicati dai protocolli per il cambio del sesso. Al loro interno gli ormoni cosiddetti “sessuali” vengono assunti legalmente sotto forma di farmaci, che – in quanto risultati di una scienza biomedica fortemente radicata all’interno del paradigma eterosessuale – non sono prodotti

specificatamente per la transizione di genere, ma per altre tipologie di “disturbi” e “disfunzioni” ormonali (irsutismo, contraccezione, problemi erettili, acne, menopausa, mancanza di desiderio sessuale...). Tutto questo trova immediato riscontro nei foglietti illustrativi di tutti i farmaci prescritti per il transito di genere: tra le indicazioni terapeutiche contenute non è mai menzionato il percorso di modificazione di genere<sup>12</sup>, dando quindi per scontato – e in alcuni casi anche indicando specificatamente<sup>13</sup> – che gli e le utilizzatori/utilizzatrici siano esclusivamente pazienti cis-uomini e cis-donne che stanno affrontando cure ormonali per disturbi correlati all'appartenenza sessuale biologicamente definita (in caso contrario, per altro, l'acquisto legale di tali farmaci non sarebbe possibile).

La decisione di assumere ormoni si colloca all'interno del percorso delle persone che esperiscono un'incongruenza tra il proprio sé corporeo individuale e il genere che su questo viene proiettato, e che, non reputando sufficienti le strategie discusse nel precedente capitolo, decidono – in continuità con tali strategie – di ricorrervi al fine di proseguire e aumentare le modifiche somatiche ed estetiche.

Questa decisione si qualifica come un passaggio fondamentale nel percorso di transizione per almeno due ordini di motivi: la terapia ormonale è sicuramente il mezzo più efficace per raggiungere – in tempi relativamente brevi e con costi economici contenuti<sup>14</sup> – una maggiore congruità tra il genere sentito e il corpo individuale, insieme ad un altrettanto

---

<sup>12</sup> Tale omissione è segnalata sia da alcune delle persone intervistate per questo lavoro, sia da Paul B. Preciado, che nel suo lavoro *Testo tossico. Sesso, Droghe e Biopolitiche nell'Era Farmacopornografica* (2015) descrive e analizza quello che lo stesso autore definisce un “protocollo di intossicazione volontaria a base di testosterone sintetico” (2015, 11), ovvero l'esperienza di autosomministrazione di ormoni mascolinizzanti da lui stesso sperimentata fuori da protocolli medico-giuridici di cambio di sesso. Inoltre, è indicativo di questa realtà un post inviato in data 27 dicembre 2015 da un ragazzo FtM iscritto ad uno dei gruppi Facebook maggiormente frequentati dalla comunità virtuale transessuale e transgender (*FTM-MTF info/consigli, amicizie e relazioni ITALIA*): “Quarto giorno di terapia ormonale in Gel (Tostrex 2%). Nessun sintomo, effetto. Nemmeno un blando e ingiustificato cambiamento di umore. A leggere il bugiardino, solo a guardare il flacone dovrebbe accadere il finimondo, e invece, nulla di nulla. Il bugiardino: più un editto che un foglietto illustrativo. Terroristico. E neanche un accenno casuale, la più insignificante allusione al fatto che il farmaco sia usato nella terapia ormonale sostitutiva prescritta per la rettifica del genere, anzi, ovunque è ripetuto che deve essere assunto SOLO dagli uomini, ovviamente sottintendendo biologici. L'azienda produttrice, la ProStrakan, non sa che tra i consumatori del suo farmaco vi sono anche gli FtM? Non lo sanno l'Agenzia Italiana del Farmaco, il Ministero della Salute, gli organi di controllo? Certo che lo sanno, eccome! Eppure non una parola, niente di specifico, quasi a voler negare l'evidenza, omettendo informazioni ed avvertenze che dovrebbero essere ineludibili, a danno di chi, stando a quanto prescritto, evidentemente ne fa un uso improprio, non previsto e quindi, in buona sostanza, non consentito. L'ItaGlietta delle mani lavate e delle cattive coscienze è anche questo”.

<sup>13</sup> Nelle avvertenza del Testogel, farmaco a base di testosterone utilizzato da alcuni degli intervistati, si legge che esso “è destinato esclusivamente all'impiego maschile.”

<sup>14</sup> Per chi accede al consultorio MIT di Bologna le terapie ormonali (e la consulenza endocrinologica) sono a carico del SSN, in forza delle convenzioni firmate dal MIT con la Regione Emilia-Romagna e con l'ospedale locale Sant'Orsola-Malpighi. Chi decide invece di transitare fuori dai centri ONIG, rivolgendosi a specialisti privati, deve sostenere direttamente il costo dei farmaci e delle consulenze. Attualmente, ogni centro ONIG stabilisce tariffe e modalità di accesso in base alle convenzioni esistenti con gli enti e le istituzioni locali e alle prestazioni e i servizi offerti.

soddisfacente riconoscimento esterno del corpo sociale. Inoltre – se inserito all'interno dei percorsi legali e standardizzati del cambio di sesso – implica la discesa in campo di soggetti istituzionali (medici, psicologi, psichiatri, giudici, avvocati) che intervengono per autorizzare, gestire e monitorare non solo l'assunzione ormonale, ma quello che viene così ad essere qualificato come un più ampio e predefinito percorso di “riassegnazione” di genere.

In generale, lo scopo dell'assunzione ormonale è la diminuzione delle caratteristiche somatiche del sesso biologico assegnato alla nascita e la contemporanea induzione dello sviluppo dei caratteri sessuali secondari del sesso desiderato (si parla di terapia femminilizzante per le persone nate con un sesso biologico maschile e terapia mascolinizzante per le persone di sesso biologico femminile), con conseguente raggiungimento di uno stato di maggiore benessere psico-fisico che la persone che la intraprendono – si presume – dovrebbero raggiungere (Fisher, Castellini et al. 2014). Proprio il livello di benessere raggiunto (o mancato) per mezzo della terapia ormonale gioca un ruolo importante nella decisione di ricorrere o rinunciare successivamente ai trattamenti chirurgici.

In Italia i trattamenti ormonali per la transizione di genere prescritti dagli endocrinologi (e in particolare dall'endocrinologa che collabora con il consultorio MIT grazie alla convenzione siglata con l'ospedale Sant'Orsola-Malpighi) seguono (o dovrebbero seguire) le linee guida indicate dalla Endocrine Society<sup>15</sup> e dagli *Standard of Care* del WPATH (SoC-7)<sup>16</sup>. Questi ultimi in particolare costituiscono “linee guida cliniche flessibili che consentono di adattare gli interventi alle esigenze dei singoli servizi di ricezione e l'adattamento dei protocolli al contesto in cui tali servizi sono prestati” (SoC-7, 34 trad. it.).

All'interno del percorso verso il genere femminile (convenzionalmente indicato in ambito medico con la sigla MtF) le linee guida indicano come obiettivo generale l'induzione della femminilizzazione e la regressione delle caratteristiche sessuali “secondarie”. Il raggiungimento di tale obiettivo è associato alla soppressione della produzione endogena di testosterone ottenuta con una combinazione di farmaci anti-androgeni ed estrogeni, che hanno lo scopo di indurre la crescita dei caratteri sessuali femminili cosiddetti secondari (Meriggiola e Gava 2015a).

Nonostante le reazioni siano fortemente legate alle condizioni soggettive di ciascun individuo, in generale i principali cambiamenti riportati dalla letteratura scientifica sul tema (e in gran parte confermata dal gruppo di intervistate) sono: (nei primi sei mesi) una

---

<sup>15</sup> Attiva fin dal 1917 col nome di Association for the Study of Internal Secretions, diventa ufficialmente The Endocrine Society nel 1952.

<sup>16</sup> Cfr. al primo capitolo.

diminuzione della libido, difficoltà ad avere erezioni e diminuzione della capacità eiaculatoria; graduale rallentamento della crescita pilifera sul corpo e sul viso (solitamente coadiuvate da contemporanei trattamenti di epilazione permanente); diminuzione dell'attività delle ghiandole sebacee e quindi dell'acne; crescita delle ghiandole mammarie (che si sviluppano in un periodo compreso tra i 3-6 mesi fino ai due anni dalla somministrazione); redistribuzione del grasso corporeo e diminuzione della massa muscolare; maggiore crescita dei capelli e modifica dell'incarnato. La somministrazione di ormoni femminilizzanti non reca cambiamenti sullo scheletro (l'altezza, la dimensione e la forma di mani, piedi, mascelle, bacino e pomo d'Adamo). Tra le conseguenze associate agli estrogeni c'è però l'abbassamento progressivo delle funzioni riproduttive (anche se non sono chiari i danni recati a somministrazioni di lungo periodo) (Meriggiola e Gava 2015a). La maggior parte delle persone coinvolte in tale percorso riportano una maggiore fragilità ed intensità emotiva (Manieri, Castellano et al. 2014, 61) sia in rapporto alle relazioni interpersonali sia agli eventi di carattere quotidiano<sup>17</sup>.

Transitando in direzione opposta (FtM), l'ormone sessuale utilizzato per indurre virilizzazione è il testosterone, che lavora direttamente modificando i tessuti corporei e indirettamente sopprimendo la produzione di estrogeni (più raramente vengono associati anche progestinici). La somministrazione può avvenire con modalità differenti (prevalentemente intramuscolare con iniezione e transdermica con cerotto, crema o gel): a ciascuna corrispondono tempi di reazione e intensità differenti.

I principali effetti fisici riportati sul breve periodo (primi sei mesi) sono: l'aumento del desiderio sessuale e della produzione pilifera su tutto il corpo; la redistribuzione del grasso corporeo (soprattutto nella zona addominale); la comparsa di acne; l'aumento della sudorazione; l'indurimento e l'aumento della fibra e della forza muscolare. Con il prolungamento della somministrazione interviene la crescita del clitoride; il blocco del ciclo mestruale (anche se l'amenorrea può intervenire in un tempo compreso tra uno e dodici mesi dopo la prima assunzione di testosterone, ed è uno degli effetti maggiormente cercati, anche per l'alto valore simbolico generalmente attribuito al menarca); l'abbassamento del tono della voce, la progressiva crescita dei peli sul viso; il diradamento dei capelli (con aumento del rischio di calvizie). Molti di questi effetti sono quasi completamente irreversibili (come per

---

<sup>17</sup> Il tema delle variazioni emotive ricorre, seppur non in maniera centrale, nei racconti degli intervistati (anche se in questo capitolo si è scelto di non dedicarvi uno spazio specifico). Per uno studio endocrinologico sul tema Cfr. Slabbekoorn, Van Goozen et al. (2001).

esempio l'abbassamento della voce o i cambiamenti sullo scheletro), mentre altri (come l'assenza del ciclo mestruale e la capacità riproduttiva) retrocedono con la sospensione del trattamento (Gooren 2011; Preciado 2015; (Meriggiola e Gava 2015a)<sup>18</sup>.

La posologia della terapia ormonale prevede variazioni dopo eventuali interventi di riconversione chirurgica, al fine di garantire per tutta la durata della vita un livello sostitutivo di estrogeni/androgeni compatibile con quello che convenzionalmente i saperi medici considerano essere il benessere generale delle persone trans. È necessario sottolineare a questo proposito come i parametri di riferimento per stabilire una condizione di “normalità” dei livelli ormonali per le persone in transito (e già transitate) verso il genere desiderato sono quelli che attestano un *range* corrispondente

a una condizione di normalità fisiologica maschile e femminile. (endocrinologa MIT-Ospedale Sant'Orsola)

Che questi siano i parametri scientifici di riferimento, è ulteriormente specificato in un articolo di carattere endocrinologico della stessa équipe di ricerca cui appartiene l'endocrinologa intervistata: “Although there are no specific studies on the dose of T required to induce and maintain male sexual characteristics in these female persons, it is generally agreed that T levels should be maintained within the physiological range of normal men” (Pelusi, Costantino et al. 2014, 2).

Tuttavia, come fa notare Preciado, “la questione della quantità ‘normale’ di testosterone prodotto dai bio-uomini e dalle bio-donne<sup>19</sup> è strettamente legata alla definizione culturale e politica della differenza di genere” (Preciado 2015, 198). Non è un caso, dunque, che proprio tale presunta “normalità” vada incontro a contestazione anche da parte di alcune delle persone intervistate che rivendicano invece una maggiore individualizzazione delle terapie ormonali. A loro giudizio, i trattamenti infatti devono riconoscere e favorire l'espressione della pluralità di esigenze e percezioni di benessere.

---

<sup>18</sup> Per un prospetto generale dei rischi/benefici associati all'assunzione della terapia ormonale cfr. i già citati articoli di Meriggiola e Gava (2015 e 2015a) Gooren (2011); World Professional Association for Transgender Health (2011); Dahl, Feldman et al. (2006). Ancora Gooren (2011) segnala la mancanza di studi sugli effetti di lungo periodo di tali assunzioni; vedi anche Pelusi, Costantino et al. (2014).

<sup>19</sup> Similmente a quanto osservato per il prefisso cis-, col termine bio-uomini e bio-donne Preciado (2015) si riferisce a persone nate con un sesso assegnato rispettivamente al maschile e al femminile, che non desiderano affrontare una transizione di genere.

tab. A - EFFETTI E CRONOLOGIA ATTESA DEGLI ORMONI MASCOLINIZZANTI <sup>(a)</sup>

<b>Effetto</b>	<b>Inizio atteso Effetti (b)</b>	<b>Massimo Effetto atteso (b)</b>
seborrea / acne	1-6 mesi	1-2 anni
crescita di peli facciali / corporei	3-6 mesi	3-5 anni
perdita di capelli (alopecia)	>12 mesi (c)	variabile
aumento della massa muscolare/forza	6-12 mesi	2-5 anni (d)
ridistribuzione del grasso corporeo	3-6 mesi	2-5 anni
cessazione delle mestruazioni	2-6 mesi	-
ipertrofia clitoridea	3-6 mesi	1-2 anni
atrofia vaginale	3-6 mesi	1-2 anni
abbassamento della voce	3-12 mesi	1-2 anni

(a) Adattati con il permesso di Hembree et al. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society

(b) Queste stime rappresentano osservazioni cliniche pubblicate e non

(c) Grandemente variabile a seconda dell'età e dell'ereditarietà: potrebbe essere minima

(d) Dipendente in modo significativo dall'entità dell'attività fisica

tab. B - EFFETTI E CRONOLOGIA ATTESA DEGLI ORMONI FEMMINILIZZANTI <sup>(a)</sup>

<b>Effetto</b>	<b>Inizio atteso Effetti (b)</b>	<b>Massimo Effetto atteso(b)</b>
ridistribuzione del grasso corporeo	3-6 mesi	2-5 anni
diminuzione della massa muscolare/forza	3-6 mesi	1-2 anni (c)
assottigliamento della pelle/diminuzione seborrea	3-6 mesi	non noto
diminuzione della libido	1-3 mesi	1-2 anni
diminuzione delle erezioni spontanee	1-3 mesi	3-6 mesi
disfunzioni sessuali maschili	Variabile	variabile
crescita del seno	3-6 mesi	2-3 anni
diminuzione del volume testicolare	3-6 mesi	2-3 anni
diminuzione della produzione di sperma	Variabile	variabile
assottigliamento e crescita rallentata di peli su viso e corpo	6-12 mesi	> 3 anni (d)
calvizie tipica maschile	non c'è ricrescita la perdita di capelli cessa, si arresta in 1-3 mesi	1-2 anni

(a) Adattati con il permesso di Hembree et al. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society

(b) Queste stime rappresentano osservazioni cliniche pubblicate e non

(c) Dipendente in modo significativo dall'entità dell'attività fisica

(d) Per una completa rimozione dei peli corporei e facciali sono necessari trattamenti con elettrolisi, laser, o entrambi.

Fonte: Standard of Care 7 (trad. it., pp. 36-7)



La premessa generale di carattere prevalentemente tecnico e illustrativo si rivela strumentale all'obiettivo perseguito dal presente capitolo. Accanto e oltre gli studi scientifici e gli effetti in/desiderati che essi rilevano (e che in via generale il gruppo di intervistati conferma), il capitolo intende affrontare il rapporto che i soggetti coinvolti in una terapia ormonale intrecciano con il proprio corpo, le aspettative e i progetti di cui esso è investito, le interpretazioni e le reazioni che accompagnano i mutamenti somatici, le conseguenze che questi ultimi hanno sul corpo individuale, sociale e politico dei partecipanti; osservare e analizzare la complessità di approcci con cui le persone trans esperiscono la somministrazione ormonale e le modificazioni corporee ad essa connesse, e il rapporto tra tali modificazioni e le (auto)rappresentazioni che sul corpo sessuato tanto individuale quanto sociale vengono proiettate. Come scrive Oudshoorn (1994, 143) infatti, “the interpretation of the body in terms of sex hormones contributed to its transformation, ranging from changes in the very words we use to express our bodily experiences to changes in medical practices and power relations”.

Nonostante la centralità di tali sostanze nell'esperienza di cambio di sesso, mancano infatti ad oggi studi sociologici sugli effetti degli ormoni cosiddetti sessuali (assunti all'interno di protocolli o autosomministrati) sull'immagine e la percezione del corpo delle persone interessate (fa eccezione in questo senso il lavoro della sociologa inglese Zowie Davy del 2011). Singolare lacuna per un argomento tanto importante. Infatti, come scrive a questo proposito Preciado (2015, 32), “(...) si tratta di trasformare con l'assunzione della medicina la propria vita e la totalità del proprio corpo, così come la sua rappresentazione, la sua percezione delle possibilità di azione e di interazione”. Inoltre, tale esperienza non ha solo ricadute sul piano soggettivo: il farmaco infatti si caratterizza come un “dispositivo biochimico” che, applicato su un corpo individuale, “di fatto opera sull'intero corpo sociale producendo nuove forme di relazione, di desiderio e di affetto” (Preciado 2015d). Dunque, decidendo di soffermarsi su tale fondamentale passaggio della transizione di genere, si è inteso osservare anche le modalità con le quali tale esperienza di incorporamento è informata e informa (confermando o smentendo) i significati socialmente attribuiti agli ormoni sessuali e lo spazio che essi occupano nella determinazione dei ruoli e delle espressioni di genere che passano attraverso il corpo. Particolarmente appropriato risulta quanto scritto da Pierre Bourdieu (1999, 68-9; 1998) a proposito della costruzione sociale dei corpi sessuati:

“Il lavoro di costruzione dei corpi, al contempo sessualmente differenziato e sessualmente differenziante, che si compie in parte attraverso gli effetti della suggestione mimetica, in parte attraverso ingiunzioni esplicite, in parte infine attraverso tutta la costruzione simbolica della visione del corpo biologico (...) e dell'uso differenziale del corpo, produce habitus sistematicamente differenziati e differenzianti. La mascolinizzazione del corpo maschile e la

femminilizzazione del corpo femminile, compiti immensi e in un certo senso interminabili (...) oggi più che mai esigono quasi sempre una spesa considerevole di tempo e di sforzi”.

È fondamentale specificare come la somministrazione attraverso i protocolli standardizzati internazionali (WPATH e dell'Endocrine Society Guidelines) e nazionali (ONIG) ha interessato solo la metà dei soggetti coinvolti nel presente studio: l'altra metà, per motivi generazionali, geografici, sociali ed economici ha invece utilizzato e assunto ormoni secondo modalità differenti. Tale eterogeneità costituisce uno degli elementi che hanno contribuito a differenziare lo spettro delle esperienze transessuali e transgender incontrate e le traiettorie dei desideri legati alle modifiche del corpo.

In particolare, sono 12 le persone che al momento dell'intervista risultavano seguite dal consultorio MIT per la terapia ormonale: di queste, 9 stavano affrontando o avevano affrontato un percorso verso il genere maschile e 3 verso il femminile; tra queste ultime, una (la più giovane) il giorno seguente il nostro incontro avrebbe incontrato per la prima volta l'endocrinologa per la consegna e quindi l'inizio del piano terapeutico.

Ugualmente, 12 sono le persone intervistate che hanno assunto ormoni fuori (o solo parzialmente all'interno) dei protocolli del consultorio MIT. Questo gruppo presenta una situazione maggiormente variegata rispetto al precedente: 9 hanno intrapreso un percorso verso il genere femminile, 3 verso il genere maschile. Di questi ultimi, uno solo ha assunto per un brevissimo periodo di tempo (una settimana) testosterone autosomministrato (all'insaputa della terapeuta che lo segue nel percorso psicologico interno al consultorio); due sono seguiti privatamente dall'endocrinologa del MIT e non come utenti del consultorio (uno di loro aveva però iniziato e condotto per anni la terapia ormonale presso un ospedale pubblico genovese, poi abbandonato a causa del trasferimento a Bologna). Per tre donne transgender, dopo un periodo di autosomministrazione (per ragioni anagrafiche, in quanto avvenuto in periodi precedenti la legge) è intervenuta la decisione di interrompere definitivamente l'assunzione di ormoni per motivi di salute e, più in generale, per considerazioni relative all'autopercezione del proprio benessere. Altre tre, che avevano iniziato e proseguito per lungo tempo l'assunzione di ormoni in maniera autonoma, sono oggi seguite dall'endocrinologa tramite il consultorio MIT; due autogestiscono la terapia sotto prescrizione e parziale controllo del proprio medico di base; infine, una sola delle testimoni è seguita privatamente da un endocrinologo esterno alla struttura del MIT.

I prossimi paragrafi hanno considerato anche la scansione delle fasi e dei temi emersi come principali dalle interviste stesse: il momento iniziale della terapia ormonale e le aspettative ad essa correlata; il monitoraggio e la percezione degli effetti progressivamente

raggiunti (soddisfazione, frustrazione, compiacimento...); il rapporto dei soggetti protagonisti con il corpo in mutamento e l'impatto di questo sull'incorporamento delle identità di genere scelte. Si è scelto inoltre di differenziare le esperienze non secondo la direttrice del genere, ma secondo quella del contesto di transito (dentro o fuori dai protocolli del MIT). Nonostante infatti, nella maggior parte dei casi, a partire da questa specifica fase del percorso per il cambio di sesso si inneschi una sempre più netta differenziazione dei percorsi (in senso maschile o femminile), si è optato per la non riproduzione di una visione binaria del transito, a favore di un'analisi capace di tenere primariamente conto delle somiglianze e delle divergenze messe in campo dai soggetti nel corso della progettazione somatica, e delle modalità e dei luoghi in cui i corpi e le identità possono essere creati e ricreati attraverso manipolazioni tecniche e fisiologiche (Wassersug e Gray 2007, 101). Questo ha voluto dire, in alcuni momenti, anche prescindere dai generi individualmente percepiti; tuttavia, sono le stesse parole degli intervistati a restituire l'esperienza della differenziazione di genere (e interna ai generi) che il percorso di assunzione ormonale crea tra i soggetti che la intraprendono.

## **2. Iniziare**

### **2.1. Nel consultorio MIT**

Quando mi applico una dose di testosterone in gel o me ne inietto una dose liquida, mi sto in realtà somministrando una catena di significanti politici che si materializzano fino ad assumere la forma di una molecola assimilabile dal mio corpo. Non mi somministro semplicemente l'ormone, la molecola, ma anche il concetto di ormone: una serie di segni, di testi, di discorsi (...).

Paul B. Preciado, *Testo tossico*

Accedere agli ormoni internamente o esternamente ai protocolli e alle strutture ONIG – e in questo caso specifico al MIT – segna una distinzione che è marcata tanto a livello soggettivo (come le persone interpretano e vivono l'esperienza delle "cure" ormonali) quanto oggettivo (quali molecole vengono assunte, con quali formulazioni, posologie e con quali conseguenze).

Una volta presa la decisione di introdurre all'interno del proprio percorso di transito anche le tecnologie mediche legalmente disponibili, l'ingresso all'interno del consultorio MIT

segna l'inizio di un iter in cui ciascuna tappa viene scandita con una ritualità che si ritrova nei racconti dei progetti di cambiamento corporeo: la scelta di iniziare gli ormoni, il raggiungimento dell'assenso a tale inizio espresso dalla psicoterapeuta, la creazione e l'esplicitazione di aspettative, ansie e dubbi, la valutazione dei risultati ottenuti e la richiesta di eventuali interventi chirurgici.

È proprio tale ritualità a marcare una prima differenza tra le persone che accedono ad un percorso di "riassegnazione" del genere in un contesto strutturato quale quello del consultorio MIT e coloro che invece, per ragioni differenti, assumono ormoni con modalità fai-da-te o tramite canali privati.

Come già detto, all'interno dei centri che fanno riferimento all'ONIG l'accesso alla terapia ormonale è preceduta da un percorso psicoterapeutico di durata variabile (convenzionalmente di circa sei mesi<sup>20</sup>) che ha la funzione di accertare e diagnosticare l'esistenza di una "disforia di genere" (DG). Come scrive l'endocrinologa afferente all'ONIG Adriana Godano commentando gli *Standard of Care* del WPATH, "tale documento deve essere scritto da un 'esperto e qualificato professionista della salute mentale', che valuta l'eleggibilità alla terapia ormonale" (Godano 2013, 114). Dalle parole della psicoterapeuta del MIT (dal 2013 anche coordinatrice del consultorio) si può cogliere l'evoluzione che questo percorso ha avuto nel tempo e la modalità con cui le psicoterapeute avviano gli utenti alla terapia ormonale:

Un tempo c'erano degli standard di cura più rigidi, che segnavano dei tempi stabiliti di lavoro psicologico per la preparazione alla terapia ormonale e poi per la preparazione chirurgica. Oggi questi criteri, gli standard internazionali, sono diventati molto flessibili, nel senso che è un incontro tra professionisti e la persona che hai di fronte (...). Quindi c'è un'autodeterminazione che è sempre più riconosciuta. Essendo una valutazione individuale risponde molto anche alle richieste della persona. È un percorso di sostenibilità, di eleggibilità: è un cambiamento della propria vita somatica e psichica forte e importante, quindi è sempre un bilancio che si fa rispetto ai temi che porta la persona. Solitamente lo si sente in due quando si è pronti a questo evento (...). A volte accade che si decida anche un lungo tempo per questa valutazione di avvio, perché non dobbiamo dimenticare che dall'inizio della somministrazione passa un periodo, breve o lungo – qui dipende dalla reazione individuale – in cui la terapia ormonale diventa irreversibile, soprattutto per il transito FtM. Dopo poco tempo il corpo subisce dei cambiamenti che sono irreversibili: per i maschi in arrivo cambia la voce e cambia per sempre, esce la barba e poi ce l'hai, cambiano i peli sul corpo e poi te li ritrovi. Questi sono cambiamenti potenti e irreversibili, quindi non bisogna prestare attenzione solo alla corretta diagnosi, all'aver condiviso il tema dell'identità di genere, ma anche alla sostenibilità. Perché la terapia ormonale è un meccanismo psicosomatico (cioè cambia il corpo), ma interviene anche nella psiche, quindi è necessaria la visione che tutto in questa "macchina" sia stato oliato bene per ricevere questo cambiamento e che la persona riesca a sostenere questo cambiamento.

---

<sup>20</sup> Contestualmente all'inizio della terapia ormonale, i protocolli WPATH e ONIG prevedono un periodo di circa un anno di "esperienza di vita reale" (*Real Life Experience*), ovvero di vita intima e sociale conforme al sesso a cui sente di appartenere, sia per quanto riguarda l'abbigliamento sia per i comportamenti, le relazioni e, in generale, la presentazione di sé nel mondo esterno. Nell'ambito della relazione terapeutica, lo psicoterapeuta e l'utente dovrebbero pianificare un tempo congruo, per periodo e durata, comunque non inferiore ad un anno.

L'idea di condivisione di un percorso tra due soggetti (la persona trans e la terapeuta), come vedremo, va incontro a contestazione da parte di alcune persone intervistate, innanzitutto a causa dell'obbligatorietà di tale trattamento (critica che tuttavia non sempre equivale ad una contemporanea messa in discussione dell'utilità della psicoterapia stessa). Il trattamento è infatti necessario per ottenere l'autorizzazione al primo colloquio con l'endocrinologa del MIT e l'inizio della somministrazione ormonale (da seguire sotto il controllo di questa figura medica e con il sostegno della terapeuta di riferimento). Sulla base di tale iter, la psicoterapeuta ha dunque il potere di acconsentire o negare l'accesso alla terapia ormonale, con un processo decisionale che a tutti gli effetti rappresenta un rischio di sovradeterminazione della capacità del soggetto interessato di decidere per se stesso (contrariamente a quanto affermato dalla stessa dottoressa nello stralcio di intervista sopra riportato)<sup>21</sup>. Non è un caso che proprio questo passaggio venga descritto da tutti gli utenti del consultorio MIT come particolarmente delicato e potenzialmente lesivo della reale efficacia del rapporto terapeutico. Come si vedrà, la discrezionalità di cui gode la figura dello psicologo – descritta da alcuni addirittura come ricattatoria – genera ricadute reali sui percorsi di transizione dei singoli.

Di contro, proprio la relazione terapeutica sembra contribuire in alcuni dei casi incontrati alla creazione di una più chiara (ma anche standardizzata) scansione delle fasi che precedono e seguono il momento di inizio della terapia e i suoi effetti, interpretabile – a prescindere dalla valutazione individuale che ciascuno assegna all'obbligatorietà del percorso clinico – come risultato diretto dello scambio sostenuto. I racconti di alcuni intervistati suggeriscono che il confronto con professioniste formate specificatamente sulle problematiche legate alla transizione di genere contribuisce a rendere più facilmente e distintamente intellegibili (a sé e agli altri) i dubbi, i timori, le aspettative e le conseguenze che accompagnano la decisione di assumere ormoni.

Le testimonianze fanno inoltre emergere una discordanza rispetto a quella che è considerata come una caratteristica delle persone che desiderano cambiare genere (Davy 2011, 82), ovvero la fretta, il desiderio di un quanto più possibile rapido raggiungimento dell'assenso alla terapia ormonale (da perseguire anche a costo di adottare strategie di narrazione di sé artificiose, predefinite, ma “corrette” secondo gli *script* medici [Garfinkel 1967]). Proprio la possibilità di poter procedere con lentezza, mettendosi in ascolto del

---

<sup>21</sup> A questo proposito è tuttavia opportuno segnalare come in sede di intervista le due psicoterapeute incontrate abbiano affermato che i casi di diniego nel corso degli anni, dati agli utenti che desideravano iniziare la terapia ormonale, siano stati in numero esiguo.

proprio corpo e delle modifiche che progressivamente esso rivela, diventa infatti per alcuni il presupposto decisivo per iniziare. L'esperienza qui riportata è quella di Piero, ragazzo trentenne FtM, utente del MIT da circa cinque anni:

Ho sempre assistito a grandi crisi dei miei "colleghi": "Non cambia niente!". Io ero molto più sereno del fatto che le cose andassero lentamente, per una serie di motivi, per un bisogno di adattamento, forse perché io avendo un carattere lento sono portato a vedere le cose in questa maniera, quindi un cambiamento veloce mi avrebbe preoccupato di più anche dal punto di vista sanitario. Quindi un andamento tranquillo mi ha rassicurato. (Piero)

Come Piero, molte delle persone che optano per intraprendere la transizione all'interno di un contesto strutturato come il consultorio MIT arrivano a tale decisione con un aspetto corporeo già fortemente connotato verso il genere desiderato. Nonostante ciò, il primo approccio non è mai privo di dubbi e timori, tanto più quando il soggetto vive conflittualmente l'approccio medicalizzante e ai significati normalizzanti che esso reca in sé. Per ciò, le riflessioni sviluppate nel corso del percorso terapeutico – nel caso di Piero con la sensazione di condividere con la psicoterapeuta un rapporto di complicità rispetto ai propri obiettivi – giocano un ruolo fondamentale nell'abbattimento delle resistenze nei confronti del percorso di mascolinizzazione farmaceutica: addirittura, anziché problematizzare e valorizzare l'ambiguità di genere, Piero arriva infatti ad (auto)patologizzare la propria condizione, elaborando un concetto di benessere e salute tutto interno al binarismo di genere. Nel racconto di Piero, tuttavia, è soprattutto l'osservazione degli altri ragazzi FtM e il desiderio di riconoscersi nelle loro esperienze che gioca il maggiore ruolo persuasivo nella decisione di iniziare la terapia:

P. Io dicevo: non accetto un'intrusione di tipo farmacologico nella mia vita, non l'accetto neanche un po'. Perché non volevo perdere o compromettere la salute. Ma poi riflettendo riflettendo riflettendo mi si è illuminato un qualcosa, se vuoi evidente: che non c'era uno stato di salute, perché per quanto fisiologicamente tutto andasse bene – perché non ho mai avuto problemi – nell'unità della persona lo stato di salute era assente perché se tu come maschio non hai nessuno sviluppo, soffri continuamente... L'esperienza transessuale è molto dolorosa, perché alla fine ti porta a soffrire in ogni fibra del tuo essere, istante per istante da sempre e per sempre... insomma si distingue per un elevato grado di problematicità. C'è una mancanza di armonia nella persona così grave da far dire alla fine: la persona non sta bene. Allora in quel senso, in quel modo, pensata così mi si è chiarito come – ecco la lampadina! – queste terapie ormonali veramente potevano avere il nome di "terapia", qualcosa di curativo di uno stato. (...) E ci sono arrivato mentre stavo facendo la psicoterapia ed è stato il passaggio per accettare questo tipo di terapia. La decisione non è stata determinata in nessuna maniera dagli operatori, che sono sempre stati neutrali e professionali al massimo. La grande decisione è stata data dall'esempio, dal conoscere altri ragazzi e dire: adesso voglio anch'io, proprio così.

S. *Cosa c'era in loro che ti faceva dire questo, che te lo faceva sembrare desiderabile?*

P. Il petto piatto, la barba, le voci basse maschili: risultati concretamente molto validi.

S. *Quindi hai iniziato ad avere delle aspettative?*

P. Sì sicuramente, ho detto: dai che c'è speranza anche per me! Ho cambiato idea: adesso dai che partiamo! (Piero)

La fretta non rientra neppure nel percorso di Diletta, quarantatreenne di origini venete che, nell'arco dei dieci anni che precedono l'intervento di vaginoplastica, intraprende, interrompe, per poi riprendere nuovamente, i trattamenti ormonali, in un percorso di costruzione del proprio corpo individuale che è contemporaneamente fortemente sociale, per come questa testimone lo incarna ed interpreta:

Ho cominciato a 22 anni con gli ormoni, mi sono operata a 32: 10 anni. (...) Io mi sono presa molto tempo, perché più avanti andavo più sapevo che la mira era l'intervento. Però mi ci è voluto... intanto non ho fatto un bombardamento ormonale, perché non volevo rovinarmi la salute. Soprattutto, io dovevo vivere alla luce del giorno: il vicinato, la gente in appartamento, le amicizie, il lavoro me lo dovevo mantenere. Dopo due o tre anni di ormoni si vedeva che avevo un aspetto diverso, però avevo ancora un po' di barba, peli, ero una via di mezzo: non mi sono mai presentata con tacchi, gonna, truccata, imponendo la mia identità. L'ho fatto quando è stata l'ora: io ho cominciato a farlo dopo l'intervento, dopo averlo detto alla mia titolare. Io mi son sempre adeguata agli altri: a me non costa niente, io devo lavorare, mi devo mantenere. (Diletta)

Nel suo racconto, Diletta è attenta a rimarcare la distanza estetica tra sé e lo stereotipo di appariscenza che tradizionalmente accompagna le donne transessuali (Turolla 2008). Ricordando il primo incontro con l'endocrinologo originariamente presente al MIT, la donna ribadisce la sua cautela verso il cambiamento, nonostante tale atteggiamento abbia finito per prolungare il periodo di compresenza di tratti riconosciuti come maschili e femminili. Per molte persone trans (e forse maggiormente per quelle in transito verso il femminile) tale condizione è ricordata come un momento di grande difficoltà e insoddisfazione rispetto al proprio aspetto, tanto da arrivare a definirsi addirittura "mostruosi", "freaks"<sup>22</sup>, soprattutto se l'idea di una transizione soddisfacente è strettamente correlata al desiderio di "passare" socialmente come individui appartenenti al genere desiderato. Il corpo sociale che riceve riconoscimenti esterni diventa in questi casi fonte di un beneficio in termini di benessere e autostima. Tuttavia, avere ed essere riconosciuti esternamente come corpi visibilmente caratterizzati dal genere scelto, equivale ad accogliere e affrontare la complessa sfida che il corpo in mutamento pone a chi la intraprende.

---

<sup>22</sup> Indicato come tratto distintivo dell'esperienza transgender, è questo un copione che all'interno dei *Transgender Studies* ha trovato lo spazio per una rivendicazione in positivo del proprio essere "mostri" (Bornstein 1994; Stryker 1994 e 2004; Koch-Rein 2014). Scrive Stryker (1994, 1) in un testo dal titolo *My Words to Victor Frankenstein Above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage*: "I will say this as bluntly as I know how: I am a transsexual, and therefore I am a monster. (...) Words like 'creature', 'monster' and 'unnatural' need to be reclaimed by the transgendered" Tale discorso rimanda anche al lavoro di Bakhtin sul corpo grottesco (Bakhtin 2001; 1965).

## **Paure e aspettative**

Per tutti gli intervistati l'inizio della terapia ormonale segna anche l'inizio di una fase in cui ogni attenzione ed energia a disposizione del singolo converge sul corpo, andando a formulare aspettative più definite e tracciando i contorni di un lavoro di “taglia a cucì” via via più minuzioso, attento, a tratti morboso. In questo senso il ruolo della terapia ormonale nel percorso intrapreso è quasi maieutico: se i risultati sono considerati soddisfacenti per il soggetto, il benessere ricavato può essere sufficiente a estinguere anche totalmente il disagio connesso ad un'immagine di sé (e dunque un'esperienza di vita) reputata come non adeguata.

Il lavoro sul corpo intrapreso dai testimoni, soprattutto nelle prime fasi della terapia ormonale, si caratterizza dunque per essere il più totalizzante all'interno delle opzioni offerte dalla transizione medica (inclusive sia di trattamenti ormonali sia estetico-chirurgici), il più coinvolgente e intenso, sia nei casi di raggiungimento delle aspettative sia nei casi di una loro frustrazione.

Facendo un passo indietro alla fase immediatamente precedente l'avvio del trattamento, nei racconti sono sottolineati i timori legati alle conseguenze non solo fisiche, ma anche intime e strutturali dell'identità personale. Tali incertezze – “Cosa diventerò?”, si chiede per esempio Claudio – descritte come profondamente perturbanti, appaiono in molti casi come non commisurate alla reale efficacia dei farmaci stessi, ai quali sembra venir conferito un potere sproporzionato, quasi incontrollato:

La mia più grande paura tutto sommato riguardava l'idea che questa terapia cambiasse in qualche modo qualcosa di troppo intimo, perché l'idea che l'assunzione di sostanze chimiche (che chissà da dove vengono) modificano in una qualche misura il pensiero è un'idea inquietante. È una realtà: la chimica influenza le strutture di pensiero. La fisiologia è qualcosa di complesso e articolato: se poi va a finire che ti squilibri e inizi a ingrassare in maniera incontrollata o sudi troppo? Avevo paura di perdere la salute. (Piero)

Emerge dalle interviste la forte necessità di conservare, quasi proteggere, il proprio sé complessivo, nonostante e attraverso i cambiamenti fisici. Nella decostruzione dei dubbi i testimoni fanno emergere il ruolo giocato dalla relazione terapeutica (un ruolo di cui le psicologhe, da parte loro, si rivelano fortemente consapevoli). È il caso di Raffaella, ragazza ventenne di origini dominicane, in procinto di incontrare l'endocrinologa per la prima volta:

Io le ho posto un po' di domande sull'assunzione di ormoni, anche perché io sono ancora un po' titubante, ho un po' il timore del cambiamento che potrebbe esserci in me, non a livello estetico – perché quello passa in secondo piano – ma più che altro a livello emotivo, di sensazioni, di carattere: avevo paura di diventare un'altra persona. Le ho chiesto se a livello emozionale sarò sempre depressa o sarò sempre triste, malinconica, perché comunque io sono una persona solare, mi piace sorridere, mi piace trasmettere questa solarità che ho, quindi non volevo e non voglio diventare una persona cupa. Avevo questa paura di diventare una persona completamente diversa,



negativa, pessimista. E lei mi ha rassicurato, mi hai detto che non diventerò un'altra persona, perché il carattere rimane sempre quello. Ci potrà essere un cambiamento a livello di sensazioni, di emozioni, può essere che magari un sentimento che prima ti sembrava insulso dopo ti faccia piangere, ti colpisca molto di più. Queste sue risposte mi hanno tranquillizzata perché quello che conta di più per me è il mio carattere quello che io trasmetto alle altre persone ed è quello su cui io premo molto: non voglio diventare un'altra persona, non voglio diventare una persona che non voglio essere. Non mi sento completa, però a livello caratteriale mi sento a posto, mi piaccio (Raffaella)

Altrettanto si può dire a proposito del ridimensionamento o del chiarimento delle aspettative che gli intervistati ripongono nella terapia ormonale. Queste ultime – a prescindere dal loro grado di realismo – sono prevalentemente espresse in termini fisici e somatici, come a dare per scontato che sia quello il piano al cui interno poter acquisire una più generale condizione di benessere. L'approccio di Raffaella è rappresentativo di quanto detto, tanto più che le attese della ragazza al momento dell'intervista non sono ancora commisurate con alcun effetto concreto, ma solo informate da un'autonoma (e non approfondita) ricerca di informazioni in rete:

Andrei molto, ancora di più di quello che sono, verso la femminilizzazione: ben venga, assolutamente sì, anche la crescita del seno, visto che non ne ho; il viso lo femminilizzerei ancora di più; la crescita dei capelli. Avevo letto che la terapia aumenta l'avanzamento della crescita. L'ho letto su internet, ho cercato: "Ormoni cause effetti". (Raffaella)

Al contrario, nei casi di persone che arrivano al MIT con difficoltà psichiche (come per esempio la depressione) non necessariamente correlate con l'identità di genere, l'attesa per l'inizio delle cure ormonali può prolungarsi, andando a ridurre le aspettative in esse riposte in termini di modificazione fisica, ma aumentando quelle legate alla salute psichica. Giacomo, 41 anni, conduce un percorso all'interno del MIT da lui stesso definito "standard": in realtà, devono passare tre anni di psicoterapia (e quindi un tempo di molto superiore alla media) prima che possa arrivare all'assenso per l'inizio dei trattamenti ormonali:

Io avevo una grandissima paura. I primi mesi [al MIT] quando cominci ti ribaltano come un calzino. Io mi son sentito sbriciolato e poi mi son rimesso a posto pezzetto dopo pezzetto. Una gran fatica capire che l'unico mio problema era questo: la depressione era causata da questo forte esaurimento. Io non son mai stato una persona depressa. Il mio problema era questo. Mi sono reso conto che stava diventando la cosa fondamentale transitare, in assoluto: penso che sia quello che tentano di fare, capire veramente se era quello che volevo. Piano piano, dopo due o tre anni, mi sono reso conto che non avrei potuto farne a meno. Io avevo bassissime aspettative, non sapevo cosa sarei andato a fare, ma il mio obiettivo era stare bene. Non è arrivata subito la "cosa" degli ormoni, perché comunque c'era questa situazione che andava chiusa che mi premeva anche molto. (Giacomo)

Indicativa in questo senso è anche la storia di Sergio, 37 anni e percorso di transizione verso il maschile concluso da circa dieci:

All'inizio soffrivo di depressione, poi son passato attraverso gli attacchi di panico, disturbi con il cibo (varie ed eventuali), sindrome d'abbandono. Io ero talmente convinto che la transizione avrebbe risolto il mio malessere, che credevo effettivamente che iniziando gli ormoni io poi sarei stato bene. Anche perché avevo visto amici che frequentavo al MIT, che facevano lo stesso percorso, che quando iniziavano gli ormoni erano le persone più felici del mondo, e stavano fondamentalmente bene, perché effettivamente magari avevano solo quel problema lì e risolto quello, gli si pareggiava la vita. Io invece ho iniziato a stare peggio e questo mi ha terrorizzato perché non sapevo più chi ero. Gli estrogeni danno depressione, proprio chimicamente, quindi è normale che le MtF abbiano degli sbalzi d'umore. Gli androgeni no, però io stavo male. Di fatto i miei amici stavano benissimo e io stavo proprio male. Probabilmente ci avevo riposto sopra delle aspettative che erano inadeguate. Io pensavo – al di là del cambiamento fisico che c'è stato – di stare meglio, che comunque il cambiamento fisico mi portasse un benessere interiore, quindi di risolvere i problemi psicologici che potevo avere in quella maniera: che il problema mio fosse quello e che risolto quello sarei stato bene. Invece il mio problema era ben altro che quello. Quello in realtà era un picco di un iceberg, che aveva diverse punte anche molto importanti. E sotto c'era di tutto. Io ho aspettato 8 mesi di psicoterapia, perché la psicologa non era convinta di farmi iniziare, riteneva che non fossi pronto, e aveva ragione. (...) Tu vai dalla psicologa per iniziare la terapia ormonale, per fare la transizione, non per curare la depressione. Tu sei al MIT perché hai in testa che vuoi diventare un uomo, non perché sei depresso, se sei depresso vai da un esperto di depressione, non vai in un consultorio sull'identità di genere. (...) Lei non voleva darmi gli ormoni. La motivazione era che secondo lei io non ero pronto, però non me la motivava, non mi spiegava, non c'era un rapporto. Poi qualcuno ad un certo punto mi disse che c'era un medico endocrinologo a Milano che li dava senza la prescrizione e il parere di uno psicologo. Allora io bleffai, e dissi che sarei andato a Milano a farmeli dare da questo dottore – ma non era vero, non ci sarei mai andato, non avrei mai avuto il coraggio di farlo – e lei ci cascò come una pera e mi disse: “Va bene però si ricordi che io glieli do non perché penso che lei sia pronto, ma perché penso che lei li possa sopportare”. E fu Cassandra, perché io poi ho patito da matti, sono stato veramente male. Ho iniziato gli ormoni, li ho portati avanti per 8 mesi, poi sono andato in crisi di identità completa, non sapevo più chi ero, cosa volevo fare, se volevo andare avanti, tornare indietro... Stavo talmente male, perché arrivare a contatto con questa terapia ormonale e scoprire che non era la soluzione del problema mi fece all'improvviso capire che io avevo un grosso, enorme problema e nessuna soluzione in mano per risolverlo. Io però mi ero aggrappato all'idea della transizione come soluzione del problema e rimanere senza soluzione tra le mani mi faceva sentire così angosciato, disperato. (Sergio)

Lo stralcio sopra riportato rappresenta un ulteriore esempio di quanto, nel rapporto psicoterapeutico, la dicotomia sovra/autodeterminazione non possa mai essere del tutto risolta, ma anzi si articola in un intenso e in molti casi problematico processo di negoziazione che ritorna con frequenza nelle interviste (e dunque nel corso di tutto il lavoro). Inoltre le parole del testimone anticipano il tema al centro del prossimo paragrafo, ovvero l'uso di un codice interpretativo nei riguardi degli effetti degli ormoni sessuali fortemente stereotipato. Se nel caso di Sergio questo codice è finalizzato all'interpretazione della propria personale difficoltà psicologica, in generale esso ricorre nelle interviste come mezzo di significazione sessuata delle conseguenze (desiderate e non) della terapia farmacologica.

## **Effetti**

Ai molti studi di carattere scientifico che si prefiggono di illustrare – con una certa dose di esattezza – i risultati dei trattamenti ormonali (Pelusi, Costantino et al. 2014; Gooren 2011), si accostano criticamente alcune riflessioni (prevalentemente autobiografiche) che tendono a sottolinearne – al contrario – la non oggettività (Serano 2007). Dal lavoro di campo, e in particolare, dalla messa a confronto delle interviste raccolte sembra poi emergere un'ulteriore indicazione circa la possibilità di andare oltre la dicotomia (eccessivamente semplicistica) “biologia versus socializzazione” (Serano 2007, 72).

In questa sede si è scelto di osservare le diverse modalità e condizioni in cui gli effetti delle terapie si manifestano e sono percepiti dai soggetti. In accordo con quanto sostenuto dalla scrittrice e attivista transgender Julia Serano, è possibile affermare l'esistenza di un collegamento tra l'ampia diffusione degli ormoni sessuali in epoca contemporanea e l'emergere di una sorta di “hormonal folklore” (Serano 2007, 65), ovvero di una tendenza a considerare (e quindi riprodurre) un rapporto diretto di causa-effetto tra assunzione di testosterone o estrogeni e comportamenti maschili o femminili. È invece necessario pensare che “not only can hormones affect individuals differently, but we sometimes attribute coincidences to them and project our own expectations onto them (...). We regulate these hormonally influenced behaviors in a way that seems to exaggerate their natural effects” (Serano 2007, 65-72). Esiste dunque una variabilità nella modalità di “processare” e incorporare l'esperienza del trattamento ormonale che dipende inevitabilmente dalla fisiologia dei soggetti, ma non solo.

Le parole di Sergio riportate nel precedente paragrafo fanno emergere un ulteriore importante elemento, vale a dire il contesto nel quale i soggetti si collocano e la sua influenza nella percezione e nell'interpretazione degli effetti diretti o collaterali degli ormoni assunti. Separare la percezione individuale degli effetti fisici delle terapie ormonali dal contesto socio-culturale nel quale essi si esprimono equivarrebbe a compiere una distorsione nell'interpretazione dell'esperienza di transito di genere. Se è vero infatti che “gli ormoni esistono ‘fisicamente’ e i loro effetti sono ‘fisici’” – scrive la Consultoria Queer di Bologna (2015, 19) – “questa fisicità, come ogni altra fisicità, è sempre mediata dalla cultura. (...) Non esistono effetti ‘oggettivi’ o ‘puri’”. Piero e Kevin restituiscono, con le loro parole, il senso di questo processo. È utile, inoltre, notare come i due intervistati, nel raccontare le proprie esperienze, non riescano a scindere il racconto del transito dal rapporto con la psicoterapeuta, vera e propria interlocutrice in rapporto alle scelte biografiche (nonostante il tempo intercorso dai fatti narrati):

S. *Quali sono gli effetti che hai riscontrato?*

P. Dopo un anno e mezzo di terapia, quasi due, faccio fatica a concentrarmi su quelli che sono stati i cambiamenti perché ci sono stati degli altri cambiamenti nella mia vita abbastanza importanti: ho cambiato casa ed è morto mio papà. Quindi questi eventi così grandi secondo me hanno falsato molto. Per esempio tutti mi hanno detto: “Avrai sempre caldo”. Io sono passato da una casa di 300 mq in campagna con difficoltà di riscaldamento a un piccolo appartamento di città dove sto in maglietta: vai a capire se è perché sei “bombato”. Oppure da quando mio papà è mancato io ho avuto molta rabbia, legata a certe dinamiche familiari che mi hanno un po’ impedito di vivere serenamente certe cose ed è una rabbia antica non è una rabbia di adesso. Quindi vai a capire cos’è che genera questo tipo di cose. Io lo dico alla dottoressa, non lo faccio mica apposta per essere snob, o perché non mi va di ammettere che qualcosa cambi il mio modo di fare: non lo faccio apposta. (Piero)

Quando cominci non è più finita. Ho avuto una transizione lunghissima, ma per motivi personali, non certo perché non ne fossi convinto. È durata una vita – dieci anni – ma non per loro [le psicologhe]: io gli ormoni li ho avuto quasi subito, però ho avuto mia madre che ha avuto dei problemi enormi di salute, e io non mi sentivo: io usavo il gel, ho usato il gel per anni, e mi sentivo troppo centrato su di me, egoriferito. Io mi spalmavo il gel tutte le mattine e il pensiero che mia madre stava morendo – mia madre ora sta benissimo, è guarita, ha avuto due tumori, tre chemioterapie, un’estrema unzione – mi sentivo di pensare troppo a me, a una mia emancipazione, a un miglioramento quando lei stava di merda. Non che avrei potuto fare qualcosa per lei, ma non riuscivo ad affrontare questa cosa. Poi mia madre quando si è svegliata dal coma, mi ha detto che aveva sognato che avevo fatto gli interventi ed ero arrivato a trovarla, e siccome li avevo appena fatti, mi avevano messo in un lettino accanto a lei. Allora ho pensato: ok, adesso possiamo farlo, adesso lo facciamo insieme. (Kevin)

Specularmente a quanto detto da Kevin, per Diletta è proprio l’isolamento a rendere l’inizio del trattamento insostenibile:

D. Ho iniziato e vivevo da sola. Lavoravo fuori Bologna, ero sola, non avevo amicizie, tranne questa mia amica. Io ho iniziato queste cure, solo che iniziando le cure io mi sentivo svuotata, non avevo più energie, più grinta, piangevo sempre.

S. *I mutamenti che vedevi sul tuo corpo non funzionavano come contraltare rispetto alla reazione emotiva?*

D. I cambiamenti non si vedevano: si vedeva solo che avevo preso peso ed ero molto pallida, perché l’incarnato un po’ cambia, avevo ‘sto pallore... I cambiamenti li ho sentiti soprattutto a livello umorale. Mi dicevo: sto ingrassando, con meno voglia, più difficoltà a livello sessuale di eccitazione nella masturbazione. È tutto nuovo, non riesci bene a regolarti. Ingrassavo, i peli c’erano (perché ovviamente non è che in tre mesi...) e l’umore: ero sempre depressa. Ho detto: cominciamo bene! (...) Dopo un anno smisi le cure, perché ho detto: qui c’è qualcosa che non va, non va bene niente. Ero troppo sola. Decisi di tornare a casa: tornando a casa io parlai con i miei, perché non avevo detto niente a loro. (...) E ho smesso: in quel periodo ho smesso perché non ce la facevo. Dopo aver smesso un paio di mesi, ritornando tutto normale, mi è tornata la voglia di ricominciare. (Diletta)

Esiste poi un ulteriore elemento che interviene a differenziare le esperienze di chi intraprende una terapia ormonale nel contesto del consultorio MIT: la convenzione con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Sant’Orsola-Malpighi di Bologna in riferimento all’aspetto endocrinologico ha reso possibile il coinvolgimento di molti utenti in studi sperimentali. Intervistando soggetti che sono stati coinvolti in questo tipo di studi emerge come diverse formulazioni ormonali e farmacologiche portino – soprattutto nell’esperienza di

transito verso il maschile, che è stata quella maggiormente indagata da tali ricerche – non tanto a risultati diversi (le variazioni non risultano infatti essere così rilevanti secondo quanto riportato degli stessi studi [Pelusi, Costantino et al. 2014]), ma piuttosto a differenti esperienze terapeutiche. Diverse sono infatti le reazioni e le percezioni in termini di efficacia, tempistiche, gestibilità quotidiana della terapia stessa da parte dei soggetti interessati.

Le interviste restituiscono alcune delle contraddizioni contenute in tale situazione. Sandro (ragazzo transgender di 38 anni in terapia ormonale e psicoterapeutica presso il MIT) e Laura (che a 23 anni ha già concluso l'iter di cambio di sesso, ed è seguita dal MIT solo per la parte endocrinologica) per esempio esplicitano, seppur con modalità molto differenti, l'estraneità avvertita di fronte ad un piano terapeutico assegnato senza essere stato in alcuna misura concordato e individualizzato: una situazione che viola apertamente l'autodeterminazione dei soggetti in rapporto ai propri corpi. D'altra parte, tuttavia, proprio il fatto di essere seguiti per la transizione ormonale da una realtà ospedaliero-universitaria – sempre mediata dalla presenza dell'associazione MIT – ha costituito di fatto garanzia che le terapie somministrate fossero sia di livello avanzato dal punto di vista scientifico sia economicamente sostenibili (perché prevalentemente gratuite). Elementi, questi, niente affatto secondari:

Il farmaco che assumiamo noi che siamo seguiti al MIT, e quindi al reparto del Sant'Orsola, di solito è il Nebid. Si inizia o con quello, che sono iniezioni, oppure c'è l'opzione del gel. L'opzione del gel non ho ben capito a chi venga proposto e a chi no, ad esempio a me non è stato chiesto. Secondo, è più veloce nell'immediato, è un farmaco a lento rilascio quindi è molto comodo, io lo volevo proprio, questa è stata una fortuna. (...) È testosterone puro: tutti questi farmaci sono a base di testosterone puro. Queste iniezioni sono ogni tre mesi all'incirca, 14 settimane. Era proprio un tipo di cosa che in realtà cercavo – poi sai noi ci informiamo anche prima – era l'opzione che mi piaceva di più. Speravo che andasse bene perché consente una vita molto più comoda e tranquilla: tu non ti senti malato rispetto al farti un'iniezione ogni 15 giorni, al doverti trovare anche un'infermiere che te lo faccia... La fai ogni 3-4 mesi, sono tre iniezioni l'anno: è comodissimo. E poi non ti senti sempre malato, dà una bella tranquillità. (...) C'è chi ti dice che sono delle botte più forti, se cominci con quelle subito ti vengono i peli magicamente. Sinceramente io sto bene. La bella cosa che ho avuto un mese dopo la prima iniezione è stata l'ultima mestruazione: stranissima, avevo degli attacchi di caldo, ma nessun dolore. Ha "scaricato" quello che doveva e poi mai più viste e mai più sentito un movimento. Scomparse le ovaie, l'utero. (...) Ogni volta che facciamo le iniezioni, prima che ci ridiano il testosterone noi facciamo dei controlli, analisi del sangue. Queste analisi del sangue le paghi, il testosterone no, però solo noi che abbiamo la residenza Bologna, c'è la Regione che te lo passa. (...) A Modena te lo danno gratuito solo dopo l'operazione quindi è già deciso che tu debba passare per una operazione, altrimenti te lo paghi. (...) Da un certo punto di vista siamo privilegiati, ci sono una serie di vantaggi me ne rendo conto: avere gli ormoni gratuiti per una persona che non ha un lavoro o è precaria, è una sicurezza, dà una grossa tranquillità. (Sandro)

Alla Farmacia del Sant'Orsola, quella interna, tu vai col piano terapeutico e ti danno gratuitamente i farmaci: quando mancano lì, io da uomo non posso andare in farmacia a richiederli con ricetta bianca, perché non si possono prescrivere ormoni femminili a un uomo! Sono tutte queste

regoline... Applicavo il gel su cosce o su spalle tutti i giorni: è una roba alcolica che si asciuga in cinque minuti. Dà fastidio, dà fastidio anche alla pelle che si secca, non te lo puoi mettere fuori perché sembra un po' strano spalmarsi... poi comunque deve essere estate, ti devi spogliare... Il mio corpo non si è modificato, è rimasto uguale. Magari se fossi intervenuta un po' prima, con delle dosi un pochino più... da persona trans, perché non sono una donna, è inutile che lei [l'endocrinologa] vada a vedere i livelli normali di una donna ormonali (perché – boh – lei vuole che si raggiunga “quella” percentuale)... Ma le donne è da quando hanno tredici anni che ci “lavorano” no? Io dai 21, da quando avevo 20 anni, quindi all'inizio per lo meno devi darmi modo... Poi ci sta che sia una mia predisposizione personale al ricevere un certo tipo di farmaco, solo che non ho potuto sperimentare niente. Di solito l'endocrinologo ti fa provare delle cose, per vedere a cosa reagisci meglio. Il mio corpo è rimasto uguale, si sono un po' rallentati i peli. Boh, ho la pelle un po' più chiara forse, non so. Va bè, chiaramente nel frattempo ho fatto il laser per barba e i baffi. Io non riesco a vedermi come una donna magra: ho un impianto maschile delle ossa e quello è rimasto; non ho nessuna curva, niente. Sono una cosa un po' androgina, non ho assolutamente niente sul petto, è un petto maschile... Inoltre queste terapie ormonali in teoria avrebbero dovuto rallentarmi il metabolismo, farmi ingrassare: io ho perso quattro chili da due anni e non riesco assolutamente a mettere un chilo. Sarei anche stata disposta a metter su anche un po' di cellulite! Invece no, sono rimasta un chiodo. Mi è cambiata la faccia, sembra più donna! Io da tutte le cose on-line che ho trovato, opuscoli, anche soprattutto scritti in inglese, pensavo di cambiare molto di più. Pensavo intanto di ingrassare, pensavo di acquisire delle curve, un minimo di seno. Cioè non mi dispiaceva l'idea di cambiare un po' i pesi corporei, di sembrare un po' più femminile, mi sarebbe piaciuto: questo non è accaduto. Per il resto: sapevo che la voce era una questione di esercizio, non c'entrava niente con la terapia, infatti è rimasta uguale. Mi dicevano: “Avrai dei cambiamenti”, zero. Niente, come se avessi bevuto acqua. Invece dopo col gel piano piano... Io pensavo che mi stesse cominciando a crescere il seno, perché sentivo un po' di stimolo, invece no: forse si è formata una ghiandola, qualcosa sotto, ma è rimasta così. Perché in teoria come terapie ormonali bisognerebbe andare un po' a crescere, così mi hanno detto, e io non sono mai andata a crescere. Andare un po' a crescere per provocare dei cambiamenti, e poi stabilizzarsi. Di umore ero un po' strippata ma non per gli ormoni, per gli anti-ormoni: solo una gran rabbia, nervosismo, che ora mi è diminuito (perché infatti non prendo più l'Androcur, era quello). Io volevo essere donna! Per me era fondamentale l'ormone, io volevo sembrare una donna, volevo essere carina, volevo essere una ragazza. (Laura)

Le interviste di Sandro e Laura permettono di aprire la strada ad ulteriori osservazioni: un tema che ricorre nelle interviste (e che è strettamente correlato agli effetti della terapia) è quello del “lavoro” o “lavorio” necessario per raggiungere gli obiettivi fisici desiderati. Questi ultimi sono facilmente raggiungibili dalle donne cisgenere che – nota Laura – nascendo con un corpo assegnato al femminile, hanno avuto un tempo maggiore a disposizione per apprendere, incorporare e materializzare le norme e i codici culturali che, riproducendosi performativamente nel tempo, “fanno” il genere (Beauvoir 1949, Butler 2004). Il tema della dedizione richiesta dal corpo è sottolineato – con segno opposto – da Sandro, che esprime soddisfazione per la possibilità di assumere un farmaco che non incide sulla quotidianità e che contrasta il rischio di sentirsi eccessivamente “medicalizzati” (pur dovendosi sottoporre a periodici esami di controllo, così come previsto dalle procedure del MIT e dell'ospedale Sant'Orsola).

Claudio (26 anni, bolognese) che transitando verso il genere maschile ha sperimentato tutte e tre le principali modalità di assunzione di testosterone (cerotto, gel, iniezioni), riporta invece la ritualità e l'impegno richiesto da chi deve assumere questo ormone (ma anche

estradiolo) in gel: una dedizione non commisurata a cambiamenti né rapidi né profondi né tantomeno irreversibili. Inoltre, con il gel, il soggetto è direttamente e quotidianamente coinvolto nella gestione della propria trasformazione fisica:

C. Ti fai la doccia la mattina, appena sotto ti metti questo gel poi stai così, fermo 10 minuti; ti asciughi e non devi toccare nessuno perché ovviamente se tocchi qualcuno glielo passi. È scomodo. Tutte le mattine ti devi far la doccia (perché la pelle deve essere pulita per assorbire), ti devi mettere la crema, poi devi aspettare di asciugarti: se sei di fretta è un problema. Mi dava dei risultati minimi perché è transdermica, quindi ne assorbiva un decimo: è molto lento l'assorbimento, ne assorbi meno, già il gel non era chissà quale concentrato. Era un risultato superiore al cerotto con cui non avevo notato nessun cambiamento (zero, infatti non lo usano più, li danno a chi non può prendere altro): il gel è un buon *entry level*, perché da un punto di vista psicologico ti mette "in riga", psicologicamente parlando tu sai che stai cominciando lentamente un percorso, stai prendendo delle bustine con un principio attivo di testosterone che non è pesante, sei ancora in tempo per capire se andare avanti o se andare indietro. Magari non ti fa spuntare la barba ma ti abbassa già il tono della voce. Io non me ne sono accorto che mi ha cambiato il tono della voce però me l'hanno detto. Non la modulo è una voce profonda ma anche prima aveva una voce profonda, non così però, partivo già bene. Dopo il gel ho visto un cambiamento muscolare. All'inizio delle prime punture, con le prime due punture, vedi dei cambiamenti forse anche psicologicamente. Il gel l'ho preso 3 mesi quindi, calcolando il cerotto, sono stato 7 mesi a prendere quasi il nulla cosmico.

S. *In questi mesi di "nulla cosmico" non hai notato nessun cambiamento?*

C. Poca roba. Coi cerotti zero. Col gel sentivo, mi dicevano che la voce era cambiata. Poi con le punture sono arrivati i cambiamenti fisici quindi la barba, i baffi sono stati gli ultimi (infatti devono ancora crescere), i muscoli, la libido è partita nel senso che io non capisco come mai però effettivamente è un pulsante che tu lo schiacci e cambia. Dal mio personale punto di vista se ti tiro fuori le analisi ti spaventi, nel senso che io stavo bene come un pesce prima di iniziare, e quando ho iniziato le punture mi si sono alzati a palla i globuli bianchi e i globuli rossi mi sono diventati grossi *così* (...). Non so per quale motivo su di me il testosterone ha avuto questo effetto: io di notte mi svegliavo che avevo le formiche alle mani. Io i primi due anni sono stato da dio, avevo questi sbalzi nell'analisi evidenti però io non mi lamentavo. Dopo due anni è iniziato a peggiorare il tutto nel senso che io avevo il testosterone che non scendeva più e quindi l'anno scorso la dottoressa mi ha fatto "staccare": per 12 mesi io non ho fatto testosterone, per 12 mesi. E lì mi sono accorto dell'umore: effettivamente il testosterone ti "accende" anche dal punto di vista del tuo essere pronto. Il testosterone mi ha dato più "fuoco", mi faceva sentire bene certe volte, ma magari quando mi arrabbio capisco che potrei contenermi di più. Su di me ha avuto un effetto *strong*: quando mi ha "staccato" il testosterone ho cominciato a sentire i soliti sintomi di quando cominci a finire il tempo della puntura, quindi un po' più stanco, voglia di dormire: io lo sento fisicamente. I cambiamenti che avevo avuto dal punto di vista fisico *qua* [indica la zona pubica per parlare del clitoride] sono spariti: avevo ottenuto dei buoni risultati e la dottoressa – inavvertitamente immagino, perché non penso mi abbia voluto fare un danno del genere – non si è minimamente curata del fatto che poteva azzerarmi totalmente il risultato che avevo raggiunto in sei anni di terapia. (Claudio)

Come emerge dalle interviste, il processo di produzione del corpo trans e di incorporamento del genere scelto per mezzo degli ormoni sessuali crea un'ampia varietà di esperienze e (auto)rappresentazioni del corpo. Questa varietà conosce una progressiva differenziazione nei casi in cui i soggetti decidono di approdare – e in alcuni casi corrispondere – ad un genere specifico, maschile o femminile. Come dimostrano gli ultimi due brani, che rimandano a due persone che hanno già portato a compimento il transito medico anche chirurgicamente, in

questi casi è più marcata la propensione a delegare agli ormoni sessuali il compito di “fare” il corpo di genere.

Quando si tratta, come nel caso di Laura, di un corpo che si vuole inequivocabilmente femminile, la tendenza è di mettere in relazione gli ormoni con la categoria di bellezza, declinata e disciplinata per produrre un corpo sociale funzionale a canoni estetici riconosciuti e riconoscibili esternamente come femminili (mentre, come si vedrà oltre nel capitolo, le esperienze liminali o esterne al MIT sembrano muoversi con maggiore propensione alla ricerca di segni capaci di risignificare la femminilità normativa, verso ideali di bellezza fuori dai canoni di genere). Nel raggiungimento di tale obiettivo la cellulite – convenzionalmente considerata un inestetismo femminile – diventa desiderabile in quanto moneta ideale di scambio con un aspetto considerato eccessivamente androgino. Nondimeno, l’età – un ulteriore elemento fortemente correlato con l’ideale di bellezza femminile – di inizio del transito (e quindi il corpo “di partenza”) ricorre come dato centrale per la buona riuscita del progetto di cambiamento.

Molte delle testimonianze di donne transitate all’interno del MIT fanno convergere – in maniera piuttosto conforme agli studi endocrinologici sopra citati – la narrazione dei benefici estetici ricavati dalla modificazione del colore della pelle del viso, la riduzione dei peli (sui quali la quasi totalità interviene anche con procedure cosmetiche), la crescita del seno (la “ghiandola”): parti del corpo individuale che diventano spazi di investimento soggettivo in forza del ruolo che esse giocano nelle relazioni intersoggettive. A questo proposito Natalia (donna transgender di 38 anni) che ha svolto il suo percorso di transizione ormonale inizialmente in modo autogestito, e solo successivamente, all’interno del consultorio MIT, afferma:

Quando ho iniziato ad assumere l’aspetto di una ragazza più o meno “normale” (*ride*) anche la vecchina sull’autobus ha iniziato a sedermi accanto per fare le chiacchiere: magari prima ci avrebbe pensato due volte oppure si sarebbe avvicinata solo la vecchietta un po’ “fuori”, incuriosita. C’è la dittatura della bellezza che interviene: se una trans è bella, ben riuscita, gradevole, femminile, senza il vocione e la mascella allora l’approccio sociale è più accogliente. Sicuramente una trans con un aspetto che si incastra meglio nella società ha meno problemi di una giovane trans, o di una persona con un aspetto ancora troppo ambiguo. (Natalia)

Nelle donne transessuali e transgender, in misura maggiore che negli uomini, la bellezza raggiunta viene descritta come veicolo, se non addirittura indicatore, di maggiori benefici sociali e benessere individuale. Per usare le parole di Davy, l’estetica si attesta come un importante indicatore “of the social power relations and ideological coercions inherent in the management of transwomen’s body images” (Davy 2011, 109).



Anche l'alterazione della voce si caratterizza ampiamente come un passaggio di primaria importanza, a prescindere dalla direzione di genere che i soggetti decidono di prendere. Tale aspetto ha trovato un riscontro materiale proprio nel corso dell'intervista con Laura: lo sforzo sostenuto nell'ora e mezza circa di dialogo, finalizzato ad ottenere una voce di tonalità più alta (non essendo il timbro vocale una caratteristica modificabile dalle terapie femminilizzanti) ha provocato nella ragazza un forte senso di nausea seguito da un lieve malore ("Sto avendo un po' di nausea, anche perché mi sforzo di avere la voce più alta e non ce l'ho"). A proposito della voce, afferma ancora Natalia:

A livello sociale avrebbe più peso un *vocal pitch* che non una vagina, secondo me. Capito cosa voglio dire?

Specularmente, per le persone in transito verso il maschile l'abbassamento del tono della voce (in questo caso invece conseguenza dell'ispessimento della laringe causata dal testosterone) è uno dei primi indici di cambiamento e, in quanto tale, aspetto di principale soddisfazione<sup>23</sup>. In altre parole, è come se gli ormoni mettessero in campo una "decodifica visiva e uditiva del genere: i peli sul viso e il timbro della voce, (...) la barba e la voce, e non il pene e la vagina, non i cromosomi X e Y, sono i significanti culturali del genere che dominano la nostra società" (Preciado 2015, 199).

Tuttavia sia il piccolo – ma significativo – incidente avvenuto nel corso del colloquio con Laura sia quanto riportato da Claudio a proposito della reversibilità di alcuni aspetti della terapia ormonale (quali per esempio il ciclo mestruale o la dimensione del clitoride), mette in evidenza anche la precarietà incarnata dalle persone in transito e, di conseguenza, la necessità di una continua attenzione e manutenzione del proprio corpo, del progetto su di esso costruito, della qualità dei risultati di volta in volta ottenuti:

"Trans people know very well how aleatory it is to pass, how random the reading of the signs can be: a few more facial hairs, a shirt more or less open, a slightly uncontrolled voice, and you are on the other side. The product of particular intensities – your body processing hormones, clothing, surgery, moods, environnement – becomes a pattern of signs, read through social patterns re/territorializing transgender bodies" (Fournier 2014).

Nell'esperienza del transito verso il maschile, i termini di descrizione dei cambiamenti fisici vanno incontro ad un diverso registro narrativo: in tali narrazioni, infatti, è la ricerca del particolare a farsi spazio, rivelando una dedizione profonda al proprio corpo, in alcuni

---

<sup>23</sup> La rilevanza di tale specifico ambito è confermata tanto dalle interviste quanto dall'esistenza di un vero e proprio settore di interesse scientifico. Si veda per esempio T'Sjoen, Moerman et al. (2006).

momenti anche superiore a quanto restituito dalle interviste delle persone in transito verso il femminile (dato che trova un riscontro anche nella lunghezza delle interviste degli uomini e dei ragazzi trans, doppia rispetto alle donne<sup>24</sup>).

Il testosterone – generalmente impiegato con l’obiettivo di creare un equilibrio ormonale “tipico” dei bio-maschi – è il dispositivo medico-farmacologico più utilizzato dagli uomini transessuali e transgender in transito. Esso si rivela infatti capace di ri-produrre molti dei significanti fisici tradizionalmente associati alla mascolinità, alcuni dei quali già illustrati dalle precedenti testimonianze: aumento del desiderio sessuale, modificazione della massa muscolare e redistribuzione del grasso corporeo verso l’addome, comparsa di peli sul corpo e in alcuni casi caduta dei capelli, l’ispessimento della laringe (e conseguente abbassamento della voce). Il risultato in termini di “semiotica di genere” di tale terapia è che molti uomini trans sono socialmente (e più facilmente rispetto a quanto accade alle donne trans) riconosciuti come uomini, anche quando i loro genitali restano “femminili”. Nonostante ciò, gli uomini e i ragazzi trans intervistati restituiscono – seppur con gradi di soddisfazione diversi – un’immagine del proprio corpo come corpo maschile (Zimman 2011). Un tale approccio, presente tra gli intervistati, è possibile grazie all’investimento culturale diffuso sugli ormoni sessuali come trasmettitori di un’“essenza” di genere, che viene così identificato, isolato, manipolato con tecniche di laboratorio e dosaggi, misurato e inserito nell’organismo (Oudshoorn 1994,145). La conseguenza di tale interpretazione permette non solo di mettere in discussione la concezione dualistica del binarismo di genere, legata ad un altrettanto binario e complementare modello anatomico di sesso, ma anche di “aprire le porte” al processo di de-genitalizzazione di cui sembrano parlare alcune delle esperienze degli uomini e dei ragazzi FtM incontrati (come si vedrà nel prossimo capitolo, è indicativo che nessuno di loro abbia affrontato l’intervento di falloplastica). Questa risignificazione dei genitali non avviene senza contraddizioni: essa infatti si esplica principalmente sul corpo individuale, mentre al corpo sociale viene attribuito il compito di veicolare, per chi lo desidera, un’estetica non ambigua:

Io ho vissuto il genere, per quanto riguardava me stesso, in maniera un po’ rigida: nel senso che io (...) non volevo essere una *cosa a metà*, mi sentivo veramente a disagio nelle “mezze vie”. Su di me io volevo avere un aspetto molto definito e adeguato. (Sergio)

Come accade nella transizione MtF, anche la percezione dell’incorporamento al maschile e le considerazioni che ne fanno i soggetti sono fortemente correlate con le esperienze

---

<sup>24</sup> Cfr. al terzo capitolo.

intersoggettive, che permettono di interpretare su un piano tanto individuale quanto sociale i significati del possedere un corpo di un certo, preciso, genere. È ancora Sergio che osserva:

La prima volta che mi son trovato su un treno e una ragazza mi ha chiesto di metterle la valigia sopra al portaoggetti, perché io ero un uomo e lei era una donna, io ci son rimasto: io ero all'inizio del mio cambiamento, non ero ancora abituato a vivere un ruolo maschile. È stata una cosa che mi ha colpito. (Sergio)

Quanto affermato dall'uomo rispecchia con efficacia il pensiero di Bourdieu circa la relazionalità su cui si basa l'esperienza pratica del corpo: quest'ultima, secondo l'autore, "si genera nell'applicazione al proprio corpo degli schemi fondamentali prodotti dall'incorporazione delle strutture sociali [e] che è continuamente rafforzata dalle reazioni, generate secondo i medesimi schemi che il proprio corpo suscita negli altri" (Bourdieu 1999, 79; 1998).

Un'altra narrativa ricorrente tra gli uomini trans è quella che riguarda l'aumento del desiderio sessuale: già di per sé ascritto alla sfera del maschile, esso viene solitamente interpretato come una nuova pubertà o adolescenza, due fasi della vita a loro volta considerate – all'interno di una periodizzazione dei percorsi di vita soprattutto maschili – fasi di "confusione" ormonale<sup>25</sup>.

La modificazione del corpo (che avviene come si è detto con tempi e modalità molto differenti da persona a persona) è poi non di rado accompagnata dalla percezione di un riposizionamento/espansione nello spazio (sia questo inteso come spazio intimo di riconoscimento del sé sia come spazio di interazione). Lo stralcio di intervista che segue è particolarmente efficace per la ricchezza con cui restituisce la complessità del rapporto tra il soggetto e il corpo individuale che si modifica: l'associazione tra testosterone e virilità; lo sguardo critico e insieme ironico verso il maschile tradizionale, la cultura che lo sostiene e lo speculare tentativo di definire i tratti di una nuova maschilità; il "recupero" della relazione con il proprio corpo attraverso la sua costante osservazione (nel tempo sempre più compiaciuta) e il progressivo raggiungimento dei tratti estetici del genere desiderato:

Come in tutte le cose, finché non ti abitui a una sostanza nuova, a un'esperienza nuova, non sai come ascriverla. Ho pensato mille cose: pensavo che fosse una questione culturale, sociale, di sovrastruttura, di modelli, di madri, padri, machismi, misoginia... E invece adesso penso assolutamente che siano gli ormoni, perché io mi sono rincoglionito tantissimo, ma proprio tanto: non sono più capace di fare due cose contemporaneamente e se sono capace di farne due non sono capace di farne tre e comunque ne faccio meno di prima. Ti alzo questi tre tavoli, ti prendo e ti

---

<sup>25</sup> In questo lavoro si è scelto di non affrontare in maniera specifica il tema della sessualità/affettività: si tratta infatti di un argomento talmente ampio da richiedere una trattazione specifica. Nonostante ciò sono stati lasciati i riferimenti proposti dagli intervistati, laddove essi costituivano un arricchimento alle riflessioni in corso.

metto lì, però non chiedermi mentre ti sposto di pensare a qualcos'altro. Ed è una cosa incredibile! Rispetto al rapporto col corpo ti posso dire che adesso ce l'ho, prima non ce l'avevo. Non lo percepivo, ero come una testa (nel senso di cervello) su un'entità. Adesso, se sapessi disegnare, mi potrei disegnare da quanto mi osservo, mi ascolto. Mi sento di occupare – al di là che sono più grosso, che peso di più, che sono dilatato – uno spazio nel mondo, in questo divano. Come se mi sentissi espandere. Quindi sì, ci sono dei vantaggi: ho più forza, sono più di buon umore. (...) Sono più forte, rompo le cose: la soddisfazione di rompere le cose perché non sai più capire quanta forza hai, non ti regoli! Un orango! Il cambiamento non è stato vedere le mie gambe col pelo, ma è stato il cambiamento al maschile, cioè: vedere i miei peli che si arricciano! Mi ricordo che passavo tutto il tempo a guardare i miei peli che si arricciano: ogni giorno c'è qualcos'altro da vedere, cui assistere! Mi guardavo allo specchio continuamente! Ecco, questa è la cosa: imparare a guardarsi allo specchio (prima mi facevo cagare!). È incredibile: sono cose grosse quelle che io ho fatto e che abbiamo fatto tutti noi, però in realtà sono cose semplicissime. È paradossale che con un'iniezione, con tre iniezioni all'anno tu diventi maschio! Quanta socializzazione, quanta struttura c'è... se io sommo la quantità liquida di roba che mi immetto, non arrivo a più di *così* in un anno, ed è una roba così che ti fa crescere la barba! Incredibile, gli studi che ci sono dietro... I baffi sono l'ultima cosa che mi è cresciuta, non li ho mai tolti. Io penso che un giorno mi sentirò abbastanza maschio da togliermi tutto! Perché per adesso ancora ogni tanto vedo la femmina, e invece se sono distratto dico: "Chi è quello lì? Cazzo sono io". Un attimo di disforia c'è. (...) La mia ex fidanzata una notte si svegliò di soprassalto, perché non mi riconosceva: la persona con cui stai può ingrassare, dimagrire, mettersi le lenti a contatto, cambiarsi i capelli, può anche cambiare il sesso, ma tu la riconosci per due cose fondamentali: la voce e l'odore. E sono due cose che cambiano, quindi anche di notte, al buio, tu non riconosci la persona che ami e deve essere una cosa incredibile. Per cui abbiamo avuto dei problemi. Ci sono dei momenti in cui noi giovani piccoli FtM pensiamo che sembriamo dei maschi e invece non è vero un cazzo. Ci son dei momenti in cui ogni giorno ti guardi e dici: "Ma come facevo io il mese scorso a dire che ero un maschio? Oggi lo sono", e il mese dopo succede la stessa cosa. Poi ad un certo punto non succede più... (Kevin)

Quanto affermato da Kevin trova eco nella riflessione, frutto anch'essa di esperienza diretta, del filosofo Paul B. Preciado: "Una delle principali manifestazioni del testosterone consiste nella sensazione che l'intero corpo sia una massa fibrosa e flessibile che si può estendere nello spazio in qualunque direzione; si può parlare di convinzione organica, il senso che basti un'intenzionalità muscolare per afferrare immediatamente qualunque oggetto, la certezza che qualsiasi ostacolo può essere superato" (Preciado 2015, 369). La riflessione di Kevin e di Preciado proseguono parallele a proposito del rapporto tra socializzazione, produzione materiale dei corpi *gendered*, effetti reali/percepiti delle sostanze assunte:

"Questa dose di testosterone non è sufficiente, in un corpo di bio-donna, a produrre cambiamenti esteriori riconoscibili in termini di quello che la medicina dominante chiama 'virilizzazione' (...) Producono però cambiamenti sottili ma determinanti nei miei affetti, nella percezione interna del mio stesso corpo, nell'eccitazione sessuale, nel mio odore corporeo, nella resistenza alla fatica. Il testosterone non è la mascolinità. (...) Ci confrontiamo direttamente con la produzione della materialità di genere. Qui tutto è questione di dosi, di temperatura, (...) di forma e modo di somministrazione" (Preciado 2015, 127-9).

L'introduzione di testosterone nell'organismo produce concretamente cambiamenti nel corpo individuale e sociale e informa modalità e tempistiche dell'auto-riconoscimento, tanto da spingere Kevin a rideclinare la disforia di genere a partire dall'inversione di significati che il

suo corpo sembra esprimere. Il termine infatti non è da lui utilizzato per parlare di un corpo “sbagliato”, “scomodo” da abitare, ma per indicare la difficoltà del proprio sguardo a riconoscere i cambiamenti nel momento in cui essi avvengono. Inoltre, anche l’osservazione dall’esterno – in questo caso della ex partner – incapace di riconoscere il corpo mutato diventa conferma del cambiamento in corso.

In generale, si osserva nei racconti della transizione verso il maschile, una sorta di “privilegio” dato dal maggiore senso di agio del corpo, tendenzialmente associato all’assunzione di testosterone. La maggiore desiderabilità di questa sostanza, rispetto agli estrogeni e al progesterone (cui si associa generalmente un peggioramento dell’umore) “ci parla degli effetti di queste molecole sui corpi, di come i nostri desideri sono influenzati dalla cultura, ma anche di quali prestazioni sono richieste ai nostri corpi e del diverso valore sociale che è attribuito ad esse” (Consultoria Queer di Bologna 2014, 18).

## 2.2 Zone “grigie”: ormoni DIY (*Do It Yourself*)

La relazione con il testosterone cambia  
quando esci dal quadro di un protocollo medico e giuridico  
di cambiamento di sesso.  
Paul B. Preciado, *Testo tossico*

Ma possibile che io non possa avere una cura ormonale fatta su  
di me?  
È quello che voglio io: un dosaggio bassissimo,  
una volta ogni tanto, per darmi una pompata su alcune cose...  
cosa me ne frega, la mia identità non dipende mica dagli  
ormoni!  
(Mattia, utente MIT)

Per tutte le persone nate e “transitate” in un periodo precedente la 164/1982 – e le successive misure di attuazione della legge negli anni Novanta per iniziativa delle singole regioni – l’assunzione di ormoni avveniva secondo modalità fai-da-te. Il più alto numero di donne trans tra gli intervistati che hanno usufruito in maniera autonoma degli ormoni sessuali femminili trova alcune spiegazioni nelle caratteristiche stesse dell’esperienza transessuale in epoca contemporanea: in primo luogo l’esperienza di transito verso il femminile, fino in tempi recenti, ha avuto un’incidenza nettamente superiore rispetto al transito in direzione opposta (che ha scontato una totale invisibilizzazione fino grosso modo agli anni Novanta). La maggiore visibilità acquisita sulla scena pubblica delle donne transessuali dagli anni Sessanta ha inoltre permesso che si sviluppasse una più estesa trasmissione di saperi legati alle tecniche

di femminilizzazione dei corpi e una maggiore reperibilità di questa tipologia di ormoni, per vie non sempre lecite. Se è vero infatti – come scrive la Consultoria Queer Bologna (2014, 21) – che tutt’oggi “il grado di difficoltà nel reperire farmaci a base di ormoni dipende dal genere di assegnazione di chi li sta chiedendo”, è altrettanto vero che la pillola anticoncezionale (per citare uno dei farmaci maggiormente utilizzati dalle trans) ha avuto e ha tutt’ora una distribuzione più ampia rispetto a quanto accaduto, per esempio, con il testosterone. Quest’ultimo solo in tempi recenti sta raggiungendo un’omologa popolarità, nonostante la sua applicazione resti strettamente relegata alla sfera del maschile e la sua diffusione avvenga in alcuni casi attraverso canali – quali quelli virtuali – non sempre o non completamente legali (si pensi per esempio al mercato degli steroidi per il doping in ambito sportivo).

Se essere inseriti all’interno di protocolli medici per il cambio di sesso implica per lo più intraprendere una traiettoria a senso unico e giungere ad una conclusione pressoché prestabilita, le esperienze di coloro che hanno modificato il proprio soma conformemente all’identità di genere avvertita utilizzando canali non legalizzati e istituzionalizzati restituiscono ulteriore complessità all’esperienza trans, oltre a segnare alcune importanti differenze rispetto ai percorsi tracciati nel paragrafo precedente.

Porpora Marcasciano, la cui biografia si inserisce attivamente nel solco dei movimenti e degli eventi politici degli anni Settanta e Ottanta, esprime un’idea della sua personale transizione completamente estranea ai registri medici e alle più canoniche narrazioni autobiografiche trans (Cecconi 1976; Arfini 2006), nelle quali l’approdo agli ormoni viene rappresentato come un processo di “restituzione” di una presupposta “autenticità” corporea negata. Anche in questo caso – e forse in misura maggiore rispetto ai precedenti citati – il progetto di mutamento somatico per mezzo degli ormoni si rivela saldamente ancorato al contesto di liberazione e sperimentazione vissuto in prima persona, snodandosi senza aspettative predefinite né prescrizioni mediche:

In quella scena [attivismo gay] c’era un profondo e sentito senso di ricerca (...). In quel contesto nasce anche il mio transito, quasi per sperimentare, per scardinare dei dati, dei fatti, delle cose date. Quindi si cominciano gli ormoni un po’ per vanità – perché no? C’era anche quella – un po’ per provare... non so definirlo esattamente il perché. (...) Avviavamo queste ricerche, che non erano neanche considerate ricerche: erano messe in moto di percorsi – io li definisco così – dove si sapeva da dove si partiva, ma non si sapeva dove si arrivava. (...) Non avevo una progettualità di vita molto ampia: l’inizio del transito, degli ormoni, delle cure, coincide con il riflusso del movimento, che non era solo riflusso del movimento, ma era proprio un cambiamento degli orizzonti politici, culturali. (...) Erano gli inizi degli anni Ottanta, l’arrivo dell’AIDS, era un mondo che non aveva sbocchi, non avevamo uscite e questo per me era legato anche al riflusso di un movimento, l’eroina, il terrorismo e l’arrivo dell’AIDS. Tutto questo non ti permetteva di avere una visione ampia della vita, anzi forse neanche la cercavamo, perché erano finiti i grandi ideali.

Quello che si apriva non era proprio un mondo come lo avevamo voluto, per cui manco ci pensavi al futuro, facevi e basta. Prendevo gli ormoni, però molto a cazzo, senza nessun controllo. Gli ormoni io li cominciai per gioco, per scherzo – proviamo, non proviamo? – nell’81. Poi invece metodicamente nell’82 e li ho fatti dall’82 al ’92. Poi ho lasciato perché avevo la sensazione che mi facessero male, fisicamente. (Porpora)

La ricerca è quella soggettiva, che muove dalle esperienze ancora invisibili (“i margini”) e prende forma attraverso i saperi trasmessi (“i miti”) e incarnati dalle donne trans, pioniere della sperimentazione ormonale volontaria; ma è anche collettiva e geografica, attraverso i contesti politici e i luoghi reali nei quali gli ormoni sono (illegalmente) reperibili<sup>26</sup>. In tale contesto, le sostanze assunte vengono investite di aspettative ideali, i cui riscontri si cercano direttamente sui corpi delle “altre”. Ancora la presidente del MIT:

Le somministrazioni erano tutte fatte a caso, tra le trans si diceva: “Quella se ne è sparata 100, quell’altra 200, quell’altra...”. Per cui si andava un po’ a quello che avevano fatto gli altri e i risultati che si vedevano sugli altri, partendo dal medicinale e non partendo dalla persona. Una era bella e favolosa, ma per gli altri lo era semplicemente perché aveva fatto più ormoni o un ormone particolare, non perché su quel fisico quell’ormone attecchiva diversamente. (...) Poi c’era anche una sorta di sfida, di misurarsi con le altre: la sperimentazione prevede anche questo. (...) Gli ormoni rispondevano un po’ a dei sogni, più che bisogni, sogni e desideri. (Porpora)

Questa tipologia di approccio ai trattamenti ormonali costituisce materialmente e somaticamente i corpi. I farmaci disponibili, generalmente autosomministrati con le modalità sopra descritte, avevano componenti ed effetti che tutte le donne trans intervistate (che ne hanno fatto esperienza) descrivono come “favolosi”<sup>27</sup>, ovvero portatori di risultati rapidi ed efficaci in termini di femminilizzazione (soprattutto se messi a confronto con i farmaci generalmente prescritti dai protocolli seguiti dal MIT i quali, come si è visto, riscuotono uno grado di soddisfazione molto variabile da utente ad utente). Le controindicazioni sul lungo termine di tali sistemi di assunzione – sulle quali pesava anche l’alto livello di disinformazione e transfobia del personale medico di base – non sono ignorate dalle testimoni più “anziane”, le quali non a caso (per problemi di salute legati alla terapia stessa, ma anche di altra natura, quale per esempio tossicodipendenza) dopo molti anni giungono alla decisione di interrompere, diminuire drasticamente i dosaggi, o farsi seguire da specialisti endocrinologi.

Non si discosta di molto dal racconto di Porpora quanto accaduto a donne trans più giovani, che hanno intrapreso il transito in anni successivi all’approvazione della legge

---

<sup>26</sup> Negli anni Settanta in Italia non era necessaria la ricetta medica per l’acquisto di questi farmaci: la vendita era dunque soggetta all’arbitrio dei farmacisti o affidata a mercati illegali. Afferma ridendo Silvia, donna transessuale cinquantenne: “Cambiavi così! Se ti capitava una scatola di una cosa la prendevi, non c’erano i dottori che ci stavano dietro”.

<sup>27</sup> I farmaci cui le testimoni maggiormente si riferiscono sono l’Ovociclina, il Gravibinan, il Progynon, il Premarin, estrogeni di “prima generazione”, alcuni dei quali ora fuori commercio.

164/1982, ma in contesti sociali e geografici nei quali i centri dedicati al transito di genere erano inesistenti o poco noti. Anche in questi casi le esperienze sono libere da schemi medici precostituiti, ma altrettanto viziati da aspettative falsate e informazioni imprecise, e si distinguono per il loro porsi in bilico tra la conferma dei più radicati archetipi del femminile e una loro parziale negazione.

Agli inizi degli anni Duemila e per circa dieci anni, Valentina, trentadue anni di origine pugliese, intraprende un percorso di ormoni fai-da-te, che porta avanti con interruzioni e riprese prima di arrivare – grazie al supporto del web – al centro ONIG di Bari e, solo successivamente, al MIT. Anche la sua prima esperienza di cambiamento è informata e letteralmente plasmata dall'osservazione dei corpi delle altre donne trans incontrate e in particolare di quella da lei definita “mamma”, “santona”: è a lei che Valentina decide di affidarsi per avere consigli nell’“arte del fai-da-te”. Solo in seguito, grazie all’approdo al consultorio ONIG barese, la ragazza inizierà a definire ulteriormente aspettative e progetti corporei:

V. Quando ho iniziato io volevo essere donna, io sapevo che queste pillole magiche ti rendevano femminile, cambiavano il tuo corpo, ti cresceva il seno, ti venivano le curve, mi parlavano della voce che sarebbe rimasta sottile: insomma mi dicevano che mi avrebbe resa il più femminile possibile e quindi io vedevo questi ormoni veramente come la bacchetta magica. Quindi inizialmente sperimentavo, non sapevo cosa aspettarmi, lo scoprivo man mano, conoscendo altre trans, conoscendo altri tipi di terapie che assumevano loro, vedendo gli effetti sui corpi delle altre.

S. *Guardando i loro corpi, il loro aspetto, qual era la tua opinione? Ti piacevano?*

V. Alcuni sì, altri no, infatti lì poi cominciai a capire, a sfatare questo mito che era un miracolo, perché vedevo alcune persone che rimanevano pressoché uguali. Però su di me avevano avuto effetto, cioè quello che io mi aspettavo era successo.

S. *Tu cosa ti aspettavi?*

V. Io mi aspettavo che non mi sarebbe venuta la barba – perché a 15 anni è inevitabile che prima o poi ti spunti la barba – quindi oltre agli ormoni facevo molta attenzione a fare i peli anche con le pinzette e non col rasoio; poi il seno; poi vedevo anche i lineamenti del viso; poi i complimenti, quello che mi dicevano le mie amiche, allora lì mi convincevo sempre di più: stava funzionando. Ho continuato col fai-da-te semplicemente aggiungendo, tipo: vuoi che ti cresca più seno? Devi prendere questo e questo sennò il seno ti rimane piccolo; il seno va massaggiato; se vuoi far crescere la ghiandola aggiungici questo; fai questo che ti rende la pelle più liscia. Cioè tutti questi miti che ci sono tra le trans. Io fino a 20 anni ho fatto il fai-da-te, le pagavo e me le procuravano in giro le mie amiche. Poi iniziando a fare anch'io le mie ricerche, cominciai a capire come funzionava internet, e scoprii l'ONIG a Bari. Un passo indietro: io avevo proprio quest'idea dell'intervento, della vagina come la soluzione dei miei problemi. Dicevo: io mi devo operare, ho il seno ma io per essere donna devo raggiungere quello. Quindi per me era diventata una cosa martellante, il fatto di informarmi sempre di più su come raggiungere l'intervento, dove si faceva, come si poteva fare. E quindi sono andata all'ONIG, mi sono rivolta all'ONIG e lì, frequentando questa associazione che era un po' come il MIT, mi si apre un mondo: c'erano anche delle persone, come dire, avanti rispetto a questa cosa, mentalmente proprio. Iniziai a capire come mi volevo e quindi questa aspettativa andava sempre più a prendere consapevolezza di quella che è la realtà transessuale o transgender. E quindi lì dissi: ok aspetto. (Valentina)

Quando compresenti all'interno degli stessi percorsi biografici, sembrano chiarirsi ulteriormente le differenze tra l'autogestione del transito e l'affidamento ai centri



specializzati: nella storia di Valentina si evidenzia, in particolare, il peso della relazionalità e delle reti sociali (e, soprattutto, dell'associazionismo trans) nella definizione del capitale culturale e di genere riferiti alle pratiche di transizione e all'estetica dei corpi trans.

Similmente, nel suo racconto Antonio porta alla luce le scappatoie che la stessa legge 164 consegna ai singoli che decidono di muoversi tra sanità pubblica, consulenze private, mercato nero degli ormoni verso la costruzione di strategie quanto più efficaci per il conseguimento dei propri obiettivi. In particolare, strumento per l'inizio degli ormoni sono conoscenze e relazioni con donne transessuali:

A. Tramite loro ho saputo che c'era un dottore al Niguarda, che era abbastanza accondiscendente. Un endocrinologo. Tu andavi là, gli raccontavi la tua situazione e se eri messo male male, e non avevi un soldo bucato, stavi con le pezze al culo, intanto ti faceva entrare in terapia e pagavi le analisi quando avevi i soldi. E quindi io ho iniziato così. Compravi gli ormoni, lui ti dava la ricetta: una volta che c'hai la prima ricetta poi le altre le può fare il dottore, se gli porti l'originale. E ho iniziato così, per 15 anni sempre la stessa terapia. Se tu adesso vai nei forum dove ci sono gli FtM, e dici una roba del genere ti dicono che sei un folle. All'epoca (soprattutto frequentando le MtF) c'era la famosa frase che diceva: "L'ormone scaccia l'omone". E io l'ho ribaltata: "L'ormone fa venire l'omone": quindi più ne facevi e meglio era. Quindi mi facevo delle botte, una a settimana, proprio giù "peso". Solo che non facevo dell'esercizio fisico, e così son diventato un pallone. Proprio gonfio. Facevo delle punture, ho fatto un periodo con una alla settimana, anziché una ogni 15 o 21 giorni. Poi dopo un po' sono gonfiato troppo e ho detto: facciamone una ogni 15.

S. *Eri seguito da quel medico di Milano?*

A. No lui mi ha dato la ricetta e tanti saluti. Poi dopo ho conosciuto questa ragazza MtF che mi ha detto: "Devi farti seguire, vieni qua che son bravi, sei un po' lontano però non paghi niente, non paghi neanche le analisi del sangue, tutto gratis", ed era Genova. E quindi ho iniziato ad andare lì: mi facevano anche tutto il dosaggio ormonale. (...) Andavo una o due volte alla settimana. Lì ti controllavano dalla testa ai piedi. (...) Hanno provato una volta sola a farmi cambiare la dose, da due settimane a tre e io ho detto: "Non se ne parla". Perché mi capitò, facendo degli esami di routine, che dopo un bel po' di anni che avevo iniziato mi dissero: "Lei ha l'ovulazione in corso". Ti rendi conto? E io la devo fare ogni tre settimane? No, no. (...) Io me la son presa molto comoda per l'intervento, perché nella mia mente mi ero strutturato tutto un piano che doveva funzionare così.

S. *Qual era questo piano?*

A. Era di uscire perfetti. (...) In più era che non avevo mai soldi. (Antonio)

In seguito l'uomo arriverà a Bologna, città scelta perché considerata più libera: dopo anni di trattamenti ormonali, portati avanti con un ampio margine di autogestione, sceglie di farsi seguire privatamente dall'endocrinologa del MIT, in netta polemica con la prassi del consultorio, che, per poter dare il via alla sua presa in carico, avrebbe richiesto la propedeutica terapia psicologica:

Io non ero seguito dal MIT, avevo avuto l'aggancio con la dottoressa endocrinologa privatamente e avevo continuato a tenerla privatamente perché il MIT aveva dei tempi lunghi. Al MIT andavo spessissimo perché conoscevo le ragazze. Vado a prenotare e mi dissero: "No, prima devi andare dalla psicologa", "Sai cosa ti dico: io dal MIT non ci passo!". Così una volta l'anno mi vede l'endocrinologa privatamente: le analisi andavano bene così e non mi ha mai cambiato la terapia. Quindi il MIT è intervenuto solo perché ho dovuto fare l'intervento. (Antonio)

Anche il caso di Natalia è particolarmente importante perché racchiude all'interno di un'unica storia i molti posizionamenti e le molte progettazioni possibili al di là e oltre i percorsi di mutamento prescritti dal binarismo di genere, dentro e fuori i protocolli. Come già raccontato nel capitolo precedente, Natalia, intorno ai 15 anni, dopo essere stata “scoperta” dalla madre, viene allontanata dalla famiglia d'origine (siciliana) e “mandata” a vivere a Milano. In quel periodo e terapie “riparatorie” psicoanalitiche imposte dai genitori si sovrappongono a un lavoro di femminilizzazione del corpo tramite l'assunzione di estrogeni fai-da-te (sotto forma di pillola anticoncezionale) e accorgimenti estetici:

Ero riuscita ad avere accesso agli ormoni: studiando nell'enciclopedia medica e tramite una mia amica che aveva i genitori medici avevo trovato il Diane. Io l'ho cominciata a prendere perché andai nel panico quando cominciai a venirmi un inizio di barbetta, peluria bionda, da capretta proprio! Avevo anche la pubertà ritardata, per fortuna – avevo all'incirca 16 anni – per cui dovevo stoppare assolutamente questa cosa anche semplicemente per prendere tempo. (...) Io mi passavo il silk-epil, ovunque! Era una peluria bionda, non era una barba! Ovviamente a 16 anni una Diane al giorno mi aveva fatto diventare una ragazza. (...) Non ero travestita: avevo 16 anni, avevo un jeans e una maglietta, ero unisex, capito? Per cui è bastato far crescere i capelli e prendere una pillola, senza trucco, senza nulla. Quando son andata a vivere a Milano, mi hanno fatto la multa perché fumavo in metropolitana, e non ci credevano che il mio nome era Alessandro... avevo fatto la cosa giusta. (Natalia)

Natalia affida alle tecnologie mediche che gli ormoni sessuali rappresentano il compito di trasformare il proprio corpo individuale in un corpo sociale femminile “autentico” (“Non ero travestita”), capace di ricevere con successo il riconoscimento esterno (“Avevo fatto la cosa giusta”). Come già detto, la (giovane) età gioca un ruolo fondamentale nella riuscita dell'incorporamento nel femminile, andando a costituire – nel registro narrativo soprattutto delle donne trans – un vero e proprio parametro di misurazione per le possibilità di raggiungere gli obiettivi anelati. Dopo solo un anno Natalia decide di abbandonare il progetto di transizione e tornare dai genitori, che le impongono un rientro nei canoni e nei confini fisici maschili attraverso la somministrazione di testosterone. Questo passaggio è ricordato con rammarico dall'intervistata, la quale anticipa le ricadute di tale esperienza in termini di surplus di “lavoro”, richiesto successivamente per riappropriarsi di un'immagine di sé coerente coi propri desideri (“È stato un lavoro molto più impegnativo: sarei stata già pronta!”). La necessità di risolvere i problemi con i genitori si unisce anche all'esigenza di disinvestire energie e tempo nel progetto di cambiamento intrapreso, diventato totalizzante (“Aveva preso proprio possesso di tutto, era quasi diventata un'ossessione”). Otto anni dopo, Natalia si trasferisce a Bologna e si iscrive all'Accademia delle Belle Arti, dove la sua ricerca riprende, contaminata da una radicale sperimentazione artistica. Attraverso tale modalità di

espressione di sé, Natalia sfida e reinterpreta il femminile tradizionale, fino a giungere all'incorporazione di un nuovo ideale corporeo ed identitario: il soggetto transgender:

In Sicilia ho smesso [gli ormoni], mi son tagliata i capelli, ho cominciato a passare la lametta in faccia. Mi sono diplomata e... mi son divertita perché avevo anche bisogno di concentrarmi su altro... ho cominciato a fare così, un po' la pazza, la festaiola! (*ride*). Poi sono venuta a studiare a Bologna e lì finalmente abitando da sola ho cominciato ad esprimermi in modo completamente diverso: trucco completamente eccessivo! Praticamente era come se il lavoro di femminilizzazione del mio corpo non andasse necessariamente verso la donna, quanto proprio verso l'alieno... perché avevo – che ne so – il moicano, ero gotica, con le sopracciglia disegnate fin qua, sta faccia da bomboniera, con questi trucchi cattivi, gonne, vestiti, croci... È cominciato proprio come un lavoro artistico, perché io facevo l'Accademia della Belle Arti, per cui il mio transito è diventato il soggetto principale dei miei lavori, che erano di disegno, pittorici, fotografici o di performance. Io ero il soggetto: mi sono rappresentata come la Madonna. In delle pale d'altare mi son sostituita alla Madonna, per cui ero vestita, tenevo un fantoccio che poi era un bambino. Quelle mi piacciono molto.

S. *Non molto transgender come ideale, non credi?*

N. Sì appunto, era quello il fatto, nonostante io fossi ancora molto in transito, perché avevo appena ricominciato gli ormoni. Sono cresciuta in una famiglia borghese, cattolica: non è che volessi far per forza la blasfema, ma la Madonna era proprio l'ideale del femminile, poi l'ho pure interpretata grvida, per cui sì, era la femminilità estrema che appartiene al mondo trans, che rappresentavo... Nel frattempo io mi sono anche accoppiata, mi son messa col mio ex compagno con cui ho convissuto per nove anni e mentre stavo con lui ho deciso di andare avanti con la transizione e ricominciare gli ormoni (...). Il mio transito è caratterizzato un po' da questo aspetto: è come se fosse il transito stesso in evoluzione, io sono tutta in evoluzione, la percezione che ho di me. (...) In quel periodo lì è stato proprio un po' da psicopatica, perché il confine tra me stessa e la rappresentazione di me stessa era veramente quasi invisibile. (...) Per questo ti dicevo che c'è un'evoluzione anche nel transito stesso: adesso io ho una concezione di me stessa completamente diversa, adesso io son andata al MIT, dopo anni in cui io mi sono perfettamente identificata nel mio modello ideale di transgender, non pensavo all'intervento...

S. *Qual era il tuo modello ideale di transgender?*

N. Il fatto di non volermi necessariamente identificare più in un genere che in un altro, l'idea di poter rimanere in transito. (Natalia)

Il transito di genere trova corrispondenza e stimolo nella sperimentazione artistica e nella vita affettiva: in questo modo il progetto di modificazione del corpo individuale è inserito e sostenuto da un background che ha ricadute sul corpo sociale. Il transito diventa un progetto fluido, progressivo, continuo, che esprime posizionamenti *gendered* capaci di mettere in discussione gli stereotipi di femminilità, ma anche di transessualità. La ripresa dell'autosomministrazione degli ormoni inoltre, che proviene ancora una volta dal supporto dei saperi trasmessi dalle trans "storiche" della città, è associato ad uno stato affettivo stabile, che costituisce un ulteriore fonte di riconoscimento del sé corporeo e del percorso da questo intrapreso. Arrivando, infine, al presente, in cui l'(auto)riflessione della donna sul proprio transito porta al desiderio di una maggiore cura di sé, e si concretizza nell'accesso al consultorio MIT:

N. Ad un certo punto ho cominciato a valutare l'idea di operarmi, per questo mi son rivolta al MIT. Io mi son rivolta al MIT che ero già "bella e fatta" un paio di anni fa, perché avevo bisogno di una consulenza psicologica.

S. *Perché non eri più convinta di questo ideale transgender nel quale ti eri identificata?*

N. Cominciava a diventare impegnativo, pesante, anche perché io ho smesso di fare l'artista, ho lasciato perdere ogni velleità artistica perché avevo bisogno di altro, di qualcosa di più stabile. Automaticamente, è stato come se avessi avuto una visione più intima, è stato più per un cambiamento di rotta un po' globale che ho avuto nella vita. Arrivi a trent'anni, arrivi ad una certa età e cominci a pagarle tutte le cose che hai fatto, cominci a renderti conto che devi anche un po' curarti meglio. Per cui ho pensato anche di farmi seguire meglio.

S. *Curarti meglio per te era in qualche modo definire meglio anche il tuo percorso?*

N. No, no, aver più cura del mio fisico, nel senso del mio corpo, nel senso che andare da un'endocrinologa specializzata in questo lavoro, nei percorsi di transizione, visto che erano undici anni che facevo praticamente una terapia autosomministrata (perché non ero mai andata da un endocrinologo), pensavo che fosse una cosa saggia! In un lavoro di (*ride*) presa di responsabilità più ampio è entrato anche questo. Le mie aspettative a quell'età, in quelle condizioni erano diverse da quelle che ho adesso come donna, di quasi quarant'anni, matura. Io ad esempio il dosaggio dell'anti-androgino lo vario in base alla percezione che ho del mio corpo, sotto autorizzazione, però quel quartino in più o in meno è a mia discrezione. Perché a quanto ho capito dall'endocrinologa arrivano molte trans che vogliono operarsi, che proprio non voglio avere l'erezione... ovviamente io se non mi sono operata è perché voglio avere l'orgasmo, per avere l'orgasmo devo... cioè, capito? (*ride*) Per cui è logico che io chiedo una dose di anti-androgino che sia sufficiente per femminilizzarmi, ma non così alta da castrarmi, in pratica. Quindi secondo me questo, con me è stato fatto, ma perché io sono una che va lì e chiede. Io cerco di mantenermi bella! Semplicemente perché alla fine, riuscire a guardarmi, riuscire ad essere compiaciuta, piacermi, ad essere contenta di quello che sono è stato faticoso, non mi è stato concesso così alla nascita. Per cui mi piacerebbe riuscire a mantenere per lo meno il livello, così. Se hai conosciuto tante trans sai benissimo che il fatto di risultare insospettabili, anche per una persona come me che non gliene frega niente di essere insospettabile, è comunque un complimento. (Natalia)

Come suggeriscono le ultime due testimonianze di Antonio e Natalia, l'autoregolazione delle terapie, al fine di un maggior benessere, è una prerogativa fortemente correlata alle capacità assertive dell'individuo e all'applicazione di questa assertività nel rapporto con la figura medica. Nella costruzione di tale approccio contano la conoscenza di sé (e dunque anche l'età e l'esperienza maturata con gli ormoni sessuali) e la capacità di autodeterminare i propri desideri (opposta alla storia di Natalia è quella di Laura riportata nel paragrafo precedente).

In questo senso altrettanto indicativa è la storia di Mattia, l'unico ragazzo transgender che, durante l'intervista, afferma di aver assunto *una tantum* testosterone autosomministrato. La dichiarazione è caratterizzata dal particolare riserbo dovuto al suo essere contemporaneamente attivista dell'associazione MIT e utente del consultorio (per il percorso psicoterapeutico), nel timore delle ricadute negative che la diffusione di tale notizia potrebbe avere su entrambe le posizioni ricoperte. Mattia ha 38 anni, è operatore sociale a tempo indeterminato all'interno di progetti riguardanti la riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti e la prostituzione su strada (quest'ultimo gestito dall'associazione MIT in collaborazione con il Comune di Bologna) e ha un'esperienza decennale di militanza legata agli spazi sociali della città (in particolare nel contesto dei movimenti antiproibizionisti). Dopo alcuni anni di identificazione di sé come lesbica (espressa anche all'interno di una

relazione decennale con una persona, anch'essa in transito verso il genere maschile presso il MIT e intervistata all'interno di questa ricerca), inizia un processo di disidentificazione dal genere e dal corpo fino a quel momento incarnato, che lo porta progressivamente verso un'estetica codificata dai più come maschile ("Non l'ho fatto apposta, semplicemente facevo quello che mi faceva stare meglio"). Concretamente questo significa smettere di "strapparsi in peli in faccia" e sul corpo (ovvero di farsi la ceretta) e compiacersi per tali cambiamenti; tagliarsi i capelli; ma anche decidere di sperimentare l'appellativo al maschile, prima in situazioni amicali ristrette, e via via sempre più estese; mettersi in relazione con persone trans. Allo stesso tempo, queste decisioni implicano una negoziazione delle trasformazioni apportate al corpo su un piano sociale (lavorativo e affettivo-relazionale) non privo di problematiche. Tale percorso, che si è snodato in un arco temporale di dieci anni, porta Mattia alla decisione di chiedere al consultorio un aiuto psicologico. L'ingresso nello status di utente mette in evidenza lo spostamento immediato del piano della transizione, da sperimentazione individuale a contrattazione con i protocolli medici prestabiliti dalla struttura: un passaggio denso di contraddizioni, acuite dall'approccio critico con cui l'uomo guarda alla medicalizzazione del transito di genere. A differenza di quanto dichiarato dalle figure professionali intervistate (e in particolare la psicoterapeuta e l'endocrinologa), ma anche dai più tradizionali registri narrativi che accompagnano le testimonianze transessuali, Mattia – come molte delle persone intervistate – decide di non impostare il rapporto terapeutico sulla base di una finzione (auto)narrativa predefinita e funzionale ad un rapido consenso per l'inizio della terapia ormonale. Al contrario, è proprio la possibilità di procedere lentamente lungo il percorso di ridefinizione del proprio sé corporeo e identitario, per stabilire in tale spazio di tempo un equilibrio e una progettazione più corrispondente alle necessità e ai desideri maturati, ad essere accolta con favore. Essa permette infatti un maggiore contatto tra i propri desideri, la loro realizzazione e il senso di sé come corpo in cambiamento. Questo stato di cose sembrerebbe rimandare all'esperienza di Piero, riportata nel precedente capitolo. Tuttavia, proseguendo nell'analisi della testimonianza si chiarisce la differenza delle posizioni occupate dai due uomini. Tornando sull'inizio del proprio percorso clinico, Mattia ricorda:

Alla psicologa ho detto chiaramente che non avevo fretta, che avevo bisogno di capire chi ero, cosa mi stava succedendo. Io non sono venuto al MIT per prendere gli ormoni, non era questo il punto. Io volevo riacquistare il benessere che mi sembrava di aver perso. (Mattia)

Tale percorso – come altri emersi nel corso di questa ricerca – non costringe il rapporto con l'apparato medico all'interno della dicotomia controllo/resistenza, sulla quale molto hanno

insistito i lavori dedicati alle narrazioni delle esperienze transessuali. Porta piuttosto alla luce la volontà dell'utente di rapportarsi con atteggiamenti, più che di conflitto, di creatività e di contrattazione attiva rispetto al proprio corpo e ai propri progetti di cambiamento:

Io alla psicoterapeuta non nascondo nulla, non le dico quello che si vuole sentire dire. Il mercato nero degli ormoni è fiorentissimo, quindi se volessi spararmi gli ormoni li potrei avere molto facilmente, quindi chi se ne importa della psicoterapeuta e della sua firma: se quello è l'obiettivo ci sono tanti modi. Se l'obiettivo è trovare il modo di stare bene con se stessi, facendosi il meno male possibile nonostante ci si sottoponga a terapie ormonali e interventi chirurgici, con un mondo fuori che non è così pronto ad accettare le ambiguità fisiche, le diversità fisiche, gli ibridi, allora è diverso. (Mattia)

L'approccio di Mattia, che registra un alto livello di *agency* e desiderio di autodeterminazione rispetto al progetto di transizione (e quindi anche nei confronti della figura clinica di riferimento), lascia aperte le possibilità di articolazione di tale percorso, sia sotto il profilo delle tempistiche sia per l'andamento, non forzato in una traiettoria predefinita e decisa una volta per tutte:

Io ho avuto dei tira e molla, perché rispetto alla transizione medica ho avuto dei momenti di questi anni di consultorio in cui volevo gli ormoni, però poi facevo sempre un passo indietro. (...) Io non avevo mai toccato testosterone esterno fino a pochissimo tempo fa perché un po' mi spaventava, perché nel mio essere naif su tante cose, pensavo: magari la terapia ormonale serve su una persona meno maschile, mascolina. Un giorno l'ho detto alla psicoterapeuta che mi ha guardato e mi ha detto: "Lei non ha mai pensato che la terapia ormonale su di lei potrebbe avere talmente effetti visibili in poco tempo che non avrà tanto tempo per pensarci, perché si vedono di più su una persona molto mascolina?". Quello è stato un altro punto di svolta per me in questi anni. Ho capito che non mi rendevo conto di chi portavo in giro, veramente del "chi sono". Nel momento in cui la psicoterapeuta me l'ha detto ho avuto il fulmine: ma io che cazzo sto facendo? Io sto andando a chiedere una terapia ormonale quando tranquillamente posso gestirmi la mia transizione con i miei tempi, riprendendo cose che sono vecchissime per me, di insicurezza mia personale, anche senza ormoni: cosa me ne frega, non ne ho bisogno! Ho pensato di darmi una calmata: ognuno ha la sua transizione e la mia è questa. Quindi paradossalmente mi è venuta un po' la paura contraria: magari prendo del testosterone e si vede subito. Io stavo usando quel luogo per farmi dare gli ormoni, ma non ero io. Io mi son inserito in questo percorso medico che però non mi corrisponde per niente, prendendo delle strade già tracciate, cercando di capire se mi possono corrispondere... mi trovo bene nella parte psicologica, perché ho dei grandi benefici. Sto affrontando la mia vita da transgender, supportato da una professionista che sa di cosa stiamo parlando, quindi va benissimo. Detto questo, sulla transizione medica, la medicalizzazione, io ho iniziato ad avere riflessioni mie, un po' d'istinto, un po' perché forse sono sempre più sicuro di chi sono io. Ho deciso di prendere il toro per le corna e riprendermi un po' anche la mia parte di azione sul corpo, però autogestendola, e ho deciso di fare una settimana di Testogel. Pochissimo, perché una settimana è niente, a detta degli altri. Nessuno dice: "Faccio una settimana", dicono almeno due settimane, un mesetto. Il Testogel è testosterone puro, non è una molecola affine, è un gel non a basso dosaggio, ma dosabile, non è a lento rilascio come il Nebid: è una delle cose per cui molte persone trans che si autogestiscono la transizione tendono a usare il gel. Ho detto: lo faccio una settimana, mi fermo e vedo cosa succede. La prima bustina l'ho messa il giorno del mio compleanno: per me non è una nuova vita, io sono sempre io. Io son due anni che sono in carico al consultorio, era un po' che ci stavo pensando, sarà un annetto che ci penso, forse anche un pochino di più, un po' perché il mio compagno ha iniziato la terapia ormonale, e vedere in lui i cambiamenti... inoltre molte persone che conosco sono in terapia, quindi è stata anche la curiosità. Poi io amo le sostanze, quindi anche una questione sperimentale: ho fatto tanti esperimenti con le sostanze psicoattive quindi è una questione di ricerca mia. Il testosterone non è una sostanza stupefacente: si può usare come sostanza stupefacente, ma se una persona trans la usa è per un'altra cosa. Gli ormoni non sono una

sostanza psicoattiva, non vorrei far fraintendimenti, però ha un effetto psichico, sicuramente. Ha un effetto psicofisico enorme. Parlando con la psicoterapeuta le ponevo i miei dubbi sulla terapia ormonale, perché io sono convinto di volere dosaggi bassi, piuttosto che delle bombe atomiche, per quello ho deciso di fare il Testogel da solo, perché non è a lento rilascio, ha un effetto che inizia a finisce ed è molto morbido come effetti, per cui per certe cose per me è perfetto. Ho fatto pochissimo, quindi non ho sentito tanto ovviamente, però io mi ascolto tanto. È transdermico, una volta assorbito altera i tuoi livelli generali del testosterone: te li altera eccome! Io l'ho sentito! In teoria tutti gli altri ragazzi e uomini trans con cui ho parlato mi hanno detto: "In una settimana non ti fa niente, non senti niente". Io ho sentito: per certe cose non poco. E soprattutto mi ha fatto degli effetti che in teoria non avrebbe dovuto farmi: mi son cresciute un po' le basette, che non avrebbe dovuto succedere, perché era troppo poco. Quindi l'ipotesi fatta da me e da altre persone è che io sia estremamente sensibile e comunque – questa è una percezione molto personale, non ha nessun riscontro – io ho sentito una spintarella, come se abbia spinto il mio testosterone. (...) A parte le basette, mi è sembrato che fosse molto simile a come mi sento, quindi ha semplicemente reso un po' più acute alcune cose, per cui... l'unica cosa strana, che non mi aspettavo, è che mi ha fatto venire un gran sonno. Io sono una persona abbastanza schizzata, e siccome è un dopante, tutti dicono che l'effetto è quello, ma non è così, perché a seconda della persona che lo prende, cambia. Il mio compagno finalmente è uscito dalla sua depressione e la sua vitalità è aumentata. Ho avuto la sensazione che mi abbia un po' più concentrato sul mio corpo. (...) Probabilmente lo farò, con calma, perché avendo avuto effetti estetici potenti (...) voglio sperimentare un po' ma non vorrei che si vedesse troppo. Gli effetti che ho avuto mi sono piaciuti, ma non si vedono così tanto, io lo so perché mi sono osservato tanto. Per esempio la voce in quei giorni ha avuto degli strani su e giù, mi capitava come se fossi sempre appena sveglio e mi è rimasta un po'. (...) Ho avuto effetti leggerissimi, è stato anche divertente, perché era quello che volevo, cose molto morbide, che semplicemente aumentassero un po' chi sono, anche fisicamente. Quindi mi ha fatto capire che è veramente la cosa giusta. Non so se accelererei, perché sono al punto in cui vorrei riuscire ad avere il mio equilibrio da essere ibrido quale sono senza dover ricorrere all'ormone esterno, che potrà solo peggiorare l'ambiguità, o forse nel mio caso me la farà perdere. In questo momento me la voglio godere, quindi se accentuassi dei tratti più maschili me la perderei. Stare ancora nei miei panni così è una scelta volontaria. Da un lato vorrei farlo, ho una spinta che non è poca, però dall'altra, lo stress che mi comporterebbe... Anche perché sto riuscendo a imparare così tante cose di me anche senza il supporto esterno ormonale, quindi chi se ne frega. Io ho un punto fondamentale in cui sento la disforia di genere: la voce. Se c'è una cosa che mi fa sclerare è quella. Io vorrei una voce da uomo, più di tutto il resto, perché è la mia, perché quella che ho non l'ho mai sentita mia. (Mattia)

La storia di Mattia potrebbe rientrare tra quelle che Sally Hines, nel suo studio, descrive con le seguenti parole: "Some trans embodied identities are consciously constructed on the borderlands of gender" (Hines 2007, 89). Inoltre, il lungo stralcio di intervista presenta spunti di fondamentale importanza innanzitutto per la contro-narrazione che offre rispetto ai canoni delle autobiografie trans (sia maschili che femminili). Per suo tramite, anche le altre storie si inseriscono a pieno titolo all'interno di un filone autobiografico – iniziato negli anni Novanta – che colloca il proprio processo di incorporamento in uno spazio altro rispetto al binarismo di genere, consapevole tanto delle difficoltà quanto delle sfide cui il corpo sociale così costruito può andare incontro, quando avvertito come "ambiguo", "ibrido", "alieno" (diventando, in questo modo anche corpo politico) (Stone 1991; Feinberg 1992; Bornstein 1994; Stryker 1994; Califia 1997; Serano 2007).

Un'ulteriore osservazione che scaturisce dalle parole di Mattia riguarda il ruolo del MIT, e in particolare il rapporto con la terapeuta: questo infatti si rivela risorsa e mezzo di

confronto fondamentale nell'elaborazione di un percorso individualizzato di trasformazione corporea. L'auto-osservazione praticata dal testimone e la presa di coscienza di un suo stato di partenza fisico e fisiologico – reale o supposto – “avvantaggiato” rispetto al raggiungimento di un aspetto maschile, si trasforma in possibilità di astensione dall'assunzione standardizzata di ormoni (in completa controtendenza rispetto ad altre testimonianze) e in desiderio di agire la propria ambiguità di genere, il proprio essere “gender outlaw” (Bornstein 1994).

Nel caso di Mattia, la sperimentazione di testosterone fuori dall'iter ufficiale del MIT esprime due diversi desideri. Mutuando le parole di Davy si potrebbe affermare: “On one hand trans people are agentically taking their health requirement in hand by reducing the need of medical intervention from an often difficult demanding health system. On the other, it is challenge to medical authority over their bodies, in which the desires of body modification intentionally surpass the medical power relations” (Davy 2011, 134).

La stessa scelta del testosterone sotto forma di gel acquista un significato particolare, non solo perché la sua semplicità di assunzione ne neutralizza in parte il portato farmacologico (e l'idea di situarsi in una condizione medicalizzata, non richiedendo l'utilizzo di siringhe e competenze specifiche per l'iniezione): il testosterone autosomministrato (all'insaputa della terapeuta) per un brevissimo lasso di tempo – teoricamente insufficiente per poter indurre i cambiamenti che il testimone afferma di aver notato – si qualifica come sperimentazione attiva delle tecnologie di genere. In accordo con quanto affermato da Paul B. Preciado (2015), il corpo diventa così una piattaforma sessuale affettiva né maschile né femminile. Lo scopo di tale, lieve, “intossicazione volontaria” (Preciado 2015, 141) non è dunque sufficiente per produrre in un corpo di assegnato alla nascita al femminile dei cambiamenti esteriori riconoscibili in termini di quello che la medicina chiama “virilizzazione”. Nessuno di questi effetti (anche nei casi in cui si presentano in maniera più visibile, come accade a chi è in terapia ormonale per periodi prolungati, se non per tutta la vita) può essere qualificato come maschile in senso oggettivo, se non inserendolo all'interno dell'habitus che ha provveduto, come affermato all'inizio del capitolo, a fissare negli ormoni sessuali la sede di autentiche ed oggettive caratteristiche maschili e femminili. Tuttavia, per il caso riportato, il senso di cambiamento, trasgressione di genere e di lieve spinta verso la mascolinizzazione, non sarebbe stato tale se non fosse stato inserito dal testimone stesso all'interno di un discorso politico capace di interpretare a sua volta tali cambiamenti come parte di un più ampio progetto di modificazione del proprio corpo di genere.

Ciò non significa negare gli effetti fisiologici materiali che tali sostanze inducono nei e sui corpi. Tuttavia, la relazione che le persone trans intrecciano tanto con il farmaco quanto



con i cambiamenti da esso provocati reca alcune differenze rispetto ai casi in cui l'assunzione avviene contestualmente agli standard di cura ufficiali. In tali cambiamenti, l'elemento della sperimentazione, all'interno di una cornice progettuale dai contorni effimeri, scompare, per lasciare posto ad una progettualità più definita e scandita dai protocolli, dal confronto con le figure mediche presenti all'interno del consultorio MIT.

## Conclusioni

Io ero molto felice: più andavo avanti più ero felice mi vedevo bella ma me lo dicevano anche, ho avuto un sacco di conferme quindi sono stata fortunata nel senso che è andato tutto come speravo. Io non sapevo ovviamente come sarei diventata però risultare agli occhi degli altri per quella che vuoi, per quella che sei effettivamente, mi ha dato molta gioia. (...) Io sono il vanto dell'endocrinologo, adesso quando mi vede io sono la cosa meglio riuscita che lui ha! Era quasi per merito suo se io ero diventata così femminile, così bella! Non ha capito che tutta la fatica l'ho fatta io, che se fosse stato per merito suo io sarei stata ancora là dove stavo! (Manuela)

Mi sento in uno stato di benessere nonostante abbia mille problemi, mille robe da affrontare. Io ho iniziato a capire questa cosa: io di cosa voglio vivere? Voglio vivere anche una certa normalità, ma in realtà non voglio chiudermi in questa definizione di normalità ma, come dire, proprio di serenità. Secondo me il termine più giusto è questo: aver raggiunto una serenità, un equilibrio interiore che mi ha permesso e mi permette giorno dopo giorno di vivere con me. Io l'unica cosa a cui ho pensato forse è di rifarmi il seno, ma più in là, magari una taglia in più, due taglie in più ci starebbero, ma sinceramente non mi lamento. Io se mi guardo allo specchio e ti devo dire che mi vedo brutta, che mi vedo un uomo da correggere no! Io mi vedo benissimo anche così, non sarò una donna bellissimissima ma neanche bruttissima. Con la terapia giusta che seguo adesso e comunque avendo lavorato tanto su questo aspetto penso che vada bene così. (Valentina)

La prima cosa è proprio la tranquillità, per me è stato quello già dalla prima iniezione: io non sono mai stato così sereno e tranquillo, lo sfarfallio che avevo si è fermato completamente. Ne ho parlato con la psicologa, però nessuno ti può dire quanto sia reale, quanto sia la tranquillità psicologica che hai raggiunto. Nel mio caso non penso che sia solo una questione psicologica sento proprio dei cambiamenti a livello fisico. (...) La parola che mi viene è "stabile", questa sensazione di fermezza rispetto a prima che era come essere in barca, mentre adesso è proprio come se tutto fosse fermo e tranquillo. (...) Non pensavo di poter avere una specie di innamoramento così per me stesso; (...) una certa euforia in questa fase direi che c'è, è abbastanza comune. (...) Io adesso che sto così mi verrebbe da dire: mi faccia vivere altri dieci mesi così, chisseneffrega! Io in questo momento non sono mai stato così bene non smetterei neanche se... La mia preoccupazione è che questa mi dica: "Non te li dò più". Io direi: ho capito il range, i parametri, mi arrangio io grazie, lo so quando sto bene. (Sandro)

Trasformare i propri corpi, avvicinandoli alle aspettative costituisce senza dubbio una fonte di benessere psico-fisico per tutti gli intervistati. La buona riuscita del proprio percorso trova conferme tanto nello sguardo su di sé, che può finalmente soffermarsi, quanto nelle reazioni esterne. Per ciascuno degli intervistati, ogni reazione fisica alle sostanze inserite nel proprio corpo rappresentano in sé eventi positivi, descritti e rivissuti come tali.

Nonostante ciò, le esperienze non mancano di restituire le tensioni, le ambiguità e le differenze di questa "euforia di genere" acquisita. Uno dei rischi che sembrano profilarsi è

innanzitutto quello di cedere a un essenzialismo chimico, che fa degli ormoni sintetici strumenti per forzare i confini che separano i generi (Cosultoria Queer di Bologna 2014, 23), creando solo parzialmente esperienze e narrative capaci di sabotare il binarismo che li regola. Questo accade perché “la specificità di queste nuove tecnologie farmacopornografiche morbide è quella di prendere la forma del corpo che controllano, di trasformarsi in corpo, fino a diventare inseparabili e indistinguibili da esso, fino a diventare soggettività” (Preciado 2015, 71).

Su questo discorso si innesta la più complessa riflessione circa l'autodeterminazione dei soggetti di fronte alle possibilità delle biotecnologie che operano sui corpi, in bilico tra il loro controllo (attraverso i saperi e poteri medici) e l'auto-legittimazione e auto-gestione dei desideri individuali. A questo proposito sono due i temi che il presente capitolo anticipa, e che verranno rideclinati nel prossimo, nel quale si parlerà degli interventi chirurgici di cambio di genere.

Il primo riguarda la percezione e l'interpretazione dei soggetti del loro stesso corpo. Quest'ultima è mediata dal linguaggio, ma, come osserva Oudshoorn (1994, 3), nelle società occidentali “the biomedical sciences function as a major provider of this language”. Analizzando i racconti che i protagonisti fanno degli effetti delle terapie ormonali seguite, emerge l'esperienza – mediata dal registro medico che ambisce a fornire una conoscenza oggettiva – della frammentazione del corpo in singole parti ciascuna delle quali diventa in sé un significante: del genere sentito, dell'aspetto desiderato, dell'estetica sognata. Il genere finisce per reincarnarsi nel corpo, ridando vita a soggettività che si ossificano in identità con una tassonomia rigidissima. Tale retorica emerge in maniera più evidente nelle storie di coloro che decidono di inserirsi nell'iter del consultorio MIT, dove il confronto con le figure mediche ha una maggiore ritualità e regolarità. Scrive Butler: “Se il corpo è ‘frammentato’ davanti allo specchio, ne consegue che lo specchiarsi funge da estrapolazione sineddochica attraverso la quale quei frammenti o parti stanno (nello specchio e secondo lo specchio) per l'intero. O, se si vuole, la parte sostituisce l'intero e diventa, così, un simbolo dell'intero” (Butler 1994, 74).

Tuttavia, questi organi senza un corpo (Braidotti 1996) sembrano progressivamente ricomporsi, fino ad arrivare a riconoscersi – e traendo piacere da ciò – proprio in quanto totalità. Il corpo può essere così disinvestito dell'urgenza della modificazione e la diminuzione del tempo investito diventa anch'essa prova di (almeno parziale) benessere acquisito. Secondo de Lauretis (1999, 98): “Il soggetto, allo stesso tempo produttore e interprete di segni, è costantemente implicato in un processo corporeo di significazione,

rappresentazione e autorappresentazione. (...) La realtà del genere è precisamente negli effetti della sua rappresentazione; il genere è realizzato, diventa ‘reale’ quando quella rappresentazione è un’autorappresentazione, è assunta singolarmente come una propria forma di identità sociale e soggettiva”.

Il secondo aspetto – strettamente collegato al primo – riguarda la rilevazione di una richiesta di maggiore individualizzazione delle terapie ormonali avanzata soprattutto da chi sceglie di rivolgersi alle strutture deputate alla gestione del transito di genere (e quindi, per il caso specifico, il MIT). Essa si configura come espressione di un bisogno soggettivo di auto-riconoscimento e auto-progettazione del sé che, per chi lo desidera, trova nei trattamenti ormonali uno dei principali strumenti di attuazione. Tale processo trae maggiore forza dall’autoformazione e informazione di alcune persone intervistate circa le possibilità a loro disposizione per la realizzazione del proprio progetto di modificazione corporea, le tecniche e le tempistiche sentite come più aderenti ai propri desideri e alla propria identità di genere (in questo la diffusione di internet ha segnato indubbiamente una svolta radicale, seppur non scevra di contraddizioni e problematiche).

La tendenza all’individualizzazione espressa dai soggetti nei confronti della gestione del proprio corpo nel contesto delle terapie del transito di genere (Shilling 1992) si inserisce all’interno dei più generali processi di individualizzazione già messi a tema da importanti analisi sociologiche (Bauman 2001; Beck, Beck-Gernsheim 2002), che investono necessariamente anche gli atteggiamenti dei soggetti verso le terapie del transito di genere.

I significati e le sfide che tali richieste includono hanno almeno due punti di applicazione sui quali si tornerà nel corso del lavoro. Dalla necessità di individualizzazione del percorso medico di transizione sembra derivare l’ambizione alla creazione – più che alla negoziazione – di rapporti di collaborazione attiva con quelli che abbiamo definito “tecnici” (Broom e Woodward 1996). In merito alle terapie ormonali si considera opportuno sottolineare in conclusione la posizione assunta dalle psicoterapeute e dalla biologa (responsabile fino a due anni fa delle terapie ormonali somministrate agli utenti del MIT, nonché autrice di molti degli studi endocrinologici citati) nei confronti della richiesta di individualizzazione delle terapie ormonali. Al contrario di quanto accade con l’endocrinologa – la quale asserisce estraneità rispetto a tale istanza, confermando la propria adesione agli standard scientifici di riferimento – esse si dimostrano infatti accoglienti e consapevoli dei significati politici dell’individualizzazione. Di particolare importanza sono le parole della biologa:

La richiesta di una medicina individualizzata è doverosa, in particolare perché agisci sul cambiamento del corpo: cambi il corpo, è chiaro che ciò che fai è legato a *quel* corpo e non ci saranno mai due corpi identici che agiscono allo stesso modo. Questi protocolli hanno il limite che comprendono categorie di persone troppo grandi (per esempio adolescenti e adulti: a un diciottenne viene data la stessa terapia di un ultra quarantenne). È necessaria una medicina contrattata, che implica una partecipazione attiva delle persone, comunicazione al paziente e disponibilità a contrattare un'altra terapia. Ma ci vuole tempo e predisposizione. La contrattazione attiva è l'unica cosa che passa attraverso l'autodeterminazione.

Il posizionamento espresso dalla biologa è particolarmente importante innanzitutto perché si situa all'interno della comunità scientifica direttamente coinvolta nella gestione del transito di genere, e tradizionalmente percepita come antagonista rispetto al mondo trans. In secondo luogo, perché conferma come un ampliamento dei diritti delle persone trans, e quindi del loro accesso ad una piena cittadinanza, richieda l'inclusione dei cambiamenti sociali capaci di accogliere al loro interno anche le pratiche e le politiche deputate al benessere trans. Esse, a loro volta, non possono prescindere dall'inclusione di trattamenti capaci di considerare più apertamente le richieste di autonomia nei trattamenti di modificazione corporea (Monro 2000).

Il disvelamento e l'esplicitazione del bisogno di maggiore individualizzazione all'interno di un contesto specifico quale quello studiato rappresenta un ulteriore dato di fondamentale importanza, contenendo in sé la possibilità di sfuggire al rischio di un'eccessiva responsabilizzazione personale (che potrebbe presentarsi come degenerazione delle richieste di individualizzazione delle terapie). Infatti,

“il paradigma biopolitico contemporaneo usa la consulenza e non la punizione per disciplinare i corpi, pertanto incita alla responsabilizzazione personale per far sì che i singoli soggetti debbano assumersi la responsabilità individuale, e quindi – attenzione – anche la colpa in caso di fallimento, della propria costruzione di genere, così come della propria salute mentale, del proprio equilibrio psico-fisico, insomma, della ricerca, scelta acquisizione e consumo della propria felicità. Per questo è oggi particolarmente importante non individualizzare l'approccio al transito – lasciando sulle spalle dei singoli individui la responsabilità economica ed esistenziale di accedere ai trattamenti” (Arfini 2013, 96-97).

Per questo, è necessario aggiungere, il presente lavoro ha scelto di focalizzarsi sul ruolo giocato dal MIT (consultorio e associazione) nella ricerca e nella costruzione di strategie collettive (anche in termini di comunità) all'altezza della sfida che il transito di genere pone oggi alle società contemporanee.

In conclusione, usando ancora le parole di Preciado, è possibile affermare che “in termini di azione politica, la soggezione o l'*empowerment* dipendono dal differente uso e dalla riappropriazione delle reali tecnologie di produzione della soggettività” (Preciado 2015, 116). La sfida tratteggiata dal filosofo si va ulteriormente complicando se collocata all'interno

del contesto scelto da questa ricerca – il MIT – e se situata nell'ambito delle tecnologie chirurgiche di modificazione dei corpi. Quest'ultimo aspetto sarà al centro del prossimo capitolo.



## Capitolo settimo

### Ri-costruire i corpi

“How do you know you want rhinoplasty, a nose job?”  
he inquires, fixing me with a penetrating stare.  
“Because,” I reply, suddenly unable to raise my eyes above his  
brown wingtips,  
“I’ve always felt like a small-nosed woman trapped in a large-  
nosed body”.  
“And how long have you felt this way?”  
He leans forward, sounding as if he knows the answer and needs  
only to hear the words.  
“Oh, since I was five or six, doctor, practically all my life”.  
“Then you have rhino-identity disorder,” the shoetops state  
flatly.  
My body sags in relief. “But first,” he goes on,  
“we want you to get letters from two psychiatrists and live  
as a small-nosed woman for three years... just to be sure”.  
Riki Anne Wilchins,  
*Read my Lips: Sexual Subversion and the End of Gender*

Quando si parla di chirurgia in ambito di transizione di genere, l’accezione prevalente è quella che fa riferimento alla “riattribuzione chirurgica di sesso” (RCS o SRS “Sex Reassignment Surgery”), ovvero ad una serie di procedure chirurgiche che – intervenendo principalmente sui caratteri sessuali cosiddetti primari e secondari – hanno lo scopo di sincronizzare il corpo individuale con l’identità di genere percepita. Registro narrativo consolidato dei discorsi medici sul tema è quello che eleva a proprio principale obiettivo l’adattamento del corpo alla psiche (Trombetta 2000), “al fine di re-introdurre nella società”<sup>1</sup> soggetti capaci di esprimere con maggiore soddisfazione il genere desiderato, ovvero la cura di un comprovato e diagnosticato malessere psichico, definito “disforia di genere” (DSM-V).

All’interno dell’iter standardizzato del WPATH (World Professional Association Transgender Health) e dell’ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere), e dunque del MIT, la chirurgia – in particolare se genitale – è indicata come l’ultimo passo nel percorso di trattamento di riassegnazione di genere (SoC-7, 54). A questa versione coerente e lineare del

---

<sup>1</sup> Cfr. intervento del Dott. Trombetta (urologo), Convegno *Disforia di genere: come costruire un link efficace per un approccio multidisciplinare*, Verona 12 settembre 2015.

transito – pre-definita in ambito medico – fa da contraltare una molteplicità di traiettorie che evidenziano come essa costituisca in realtà solo *uno dei* modi di esperire il percorso di modificazione di genere. Sono molte, infatti le persone transessuali, transgender e *gender variant* che raggiungono, anche grazie ai trattamenti ormonali, una condizione di equilibrio psico-fisico e che scelgono per questa ragione di non ricorrere ad interventi chirurgici, o di ricorrere solo ad alcuni tra quelli possibili. Ma altrettante sono quelle che – volendoli intraprendere – hanno espresso o concretizzato il desiderio di cambiare il proprio corpo scomponendo l’ordine imposto dalla standardizzazione medica ufficiale.

La varietà delle esperienze si ritrova nelle ragioni che le stesse persone forniscono di fronte alla decisione di sottoporsi (o sottrarsi) ad interventi di modificazione chirurgica: il livello di benessere raggiunto (o mancato) per mezzo della terapia ormonale e la conseguente (in)soddisfazione circa l’immagine di sé; la qualità del rapporto tra corpo individuale e sociale, inteso come riconoscimento esterno della disidentificazione con il corpo *gendered* assegnato alla nascita e quindi delle interazioni (sociali, affettive, sessuali) intraprese tramite il corpo mutato; la conoscenza delle tecnologie mediche a disposizione della transizione; il contesto geografico e medico scelto per il percorso di mutamento; l’esperienza e l’opinione di chi, all’interno della rete sociale e amicale (reale o virtuale) di riferimento, ha già vissuto tale esperienza; la paura di sottoporsi ad interventi chirurgici; il desiderio di piena inclusione del corpo individuale nella sfera pubblica in termini di diritti (vale a dire, di cittadinanza) o, al contrario, la volontà di sfidare le barriere di discriminazione ed esclusione che emergono dalla discordanza tra genere sentito-corpo-identità sociale; il grado di consapevolezza e il desiderio di valorizzazione – politicamente connotata – dell’ambiguità di un corpo dal genere incerto; e così via. L’elenco potrebbe continuare, ma ciò che ciascuna motivazione continuerebbe a mettere in evidenza è l’importanza del corpo in carne ed ossa nel processo di *embodiment* ed espressione del genere sentito.

La chirurgia rappresenta dunque un ambito importante nel processo di *agency* delle persone trans e segna l’ingresso in una dimensione (che qui consideriamo in maniera sganciata da una progressione temporale nella quale il transito ha un inizio e una fine precisa, solitamente fatta corrispondere proprio con gli interventi di RCS) che stringe inevitabilmente e ulteriormente – rispetto a quanto accade nella terapia ormonale – il legame tra la condizione trans e l’ambito medico. Se infatti da una parte gli standard di “cura” (SoC) – redatti da Harry Benjamin per la prima volta nel 1979 – hanno avuto il compito di istituzionalizzare l’accesso delle persone trans ai trattamenti medico-chirurgici (segnando contemporaneamente una linea di distinzione tra chi desiderava farne uso e chi no), dall’altra hanno definitivamente



assegnato ai poteri medici una posizione centrale e imprescindibile nel percorso di cambio di sesso. Per cogliere le molte sfumature e contraddizioni del tema trattato nel presente capitolo, sarà dunque necessario avere consapevolezza della presenza di questo doppio binario discorsivo. La bifocalità dello sguardo analitico permette infatti di considerare, accanto al processo di *agency* sopra nominato, anche il ruolo di “controllore” (o *gatekeeper*) sui corpi delle persone trans in quanto potenziali trasgressori della norma eterosessuale assegnato alle figure mediche tramite gli interventi di riassegnazione chirurgica dei generi. Alla voce *Surgery* di un “glossario trans” pubblicato sulla rivista americana *Transgender Studies Quarterly*, Trystan T. Cotten (2014, 205) osserva:

“A ‘somatechnology’ perspective views trans surgery as part of a larger *techne* of discursive and institutional practices (law, medicine/science, art, education, information and surveillance technologies) through which trans bodies are constituted, positioned, and lived. Sometimes more weight is given to structural practices in the substantiation of trans identities, which has been critiqued for its lack of emphasis on the role of trans people’s agency as coconstitutive with technology and dispositifs in the making (and remaking) of trans bodies. While the former perspective sheds important light on somatechniques of trans identities, the emphasis is nonetheless on how trans bodies/identities are affected by discursive and nondiscursive practices. Equally important is understanding how trans people affect the evolution of discourses and technologies through individual/personal as well as collective resistance, organization, and struggle”.

Tradotto per il contesto italiano, quanto detto finora richiede una tematizzazione che tenga conto di due elementi fondamentali con cui le persone incontrate si sono dovute confrontare nella loro scelta di accedere o rifiutare la RCS. Da una parte, l’opinione diffusa circa le scarse competenze del personale medico operante in Italia nell’ambito del cambio del sesso. La risonanza di alcune recenti polemiche relative a specifici casi di drammatiche complicanze post-operatorie ha sicuramente contribuito ad una crescente sfiducia tra le persone incontrate, spingendole a considerare concretamente l’eventualità di rivolgersi a cliniche private straniere<sup>2</sup>. Dall’altra, è necessario valutare il peso che – fino al novembre 2015 – ha avuto un

---

<sup>2</sup> Uno studio presentato ad un convegno nazionale della Società Italiana Andrologia a Torino (ottobre 2012) segnala che su quarantadue pazienti che dal 2005 al 2012 si sono sottoposte all’intervento di costruzione della neo-vagina all’Ospedale Molinette tramite il Cidigem di Torino (centro ONIG), otto sono andate incontro a complicanze considerate gravi (Cfr. <https://aperto.unito.it/handle/2318/139318?mode=full.39#.Vt3CteZGST0>). Su tale argomento molta risonanza hanno avuto due articoli del settimanale l’“Espresso”, a firma Antonio Sciotto (*Transgender, sono troppi i rischi per chi vuole operarsi in Italia*, aprile 2014 e *Cambio di sesso, la denuncia di 4 transgender ‘Rovinate a vita da una tecnica sperimentale’*, luglio 2014) che approfondiscono i casi di alcune donne trans operate e rese invalide dall’intervento subito (<http://espresso.repubblica.it/visioni/scienze/2014/03/19/news/trans-troppi-rischi-per-chi-si-opera-in-italia-1.157773> e <http://espresso.repubblica.it/attualita/2014/07/09/news/cambio-di-sesso-la-denuncia-di-4-transgender-rovinate-da-una-tecnica-sperimentale-1.172742>). Nei mesi scorsi, il caso più noto per la sua drammaticità è stato quello di Elena Trimarchi la quale, in seguito alle complicanze intervenute in seguito a numerosi interventi falliti, ha subito una vera e propria mutilazione genitale, che ne hanno reso precarie anche le generali condizioni di salute (Cfr. <http://www.intersextioni.it/vladimir-luxuria-sventolera-una-bandiera-anche-per-me-la-brutta-storia-di-elena/>).

consolidato indirizzo della giurisprudenza, il quale ha permesso il cambio anagrafico del nome solo a persone che – previa autorizzazione del Tribunale – si fossero sottoposte a interventi chirurgici completi e irreversibili di “conversione sessuale” (nonostante, come si è detto, questi non siano esplicitamente richiesti dalla legge 164/1982)<sup>3</sup>. Un posizionamento, questo, che negli anni ha contribuito a costruire e rinforzare il peso dei poteri medico-legali all’interno dell’iter di transizione, con significati *gendered* che, mediati dalle tecniche chirurgiche, venivano incisi direttamente sui corpi (cui veniva assegnata in questo modo anche una forte valenza politica).

La sentenza 221/2015 della Corte Costituzionale – che sgancia il diritto ad avere documenti corrispondenti al genere desiderato dall’aspetto e dalla funzionalità genitale – contiene in sé una rivoluzione delle possibilità di esperire i corpi in transito i cui tratti sono ancora difficili da scorgere con chiarezza<sup>4</sup>. Ciò che intanto è possibile ipotizzare, è che gli organismi preposti alla gestione del cambio di sesso si troveranno a fare i conti con un più ampio margine di autodeterminazione (dei tempi e delle forme del transito) che tale sentenza riconosce ai soggetti interessati (nonostante la scelta del singolo non sia ancora affrancata dalla richiesta di una diagnosi<sup>5</sup>). Inoltre, proprio dalla comparazione con i futuri cambiamenti, emerge con ulteriore chiarezza la molteplicità delle modalità con le quali la cultura è stata capace in questi anni di plasmare i corpi, rendendoli “adatti, conformi, adeguandoli a un certo universo culturale”. In altre parole, “mettendoli ‘a norma’ per renderli socializzabili” (Fusaschi 2011, 18).

Le interviste raccolte dimostrano che la decisione di sottoporsi ad interventi di riassegnazione del genere, e/o ad operazioni di femminilizzazione/mascolinizzazione, apre il percorso delle persone trans ad un *mare magnum* di possibilità, soprattutto se i soggetti decidono di compiere tale scelta fuori dai protocolli ufficiali. L’apparente sconfinata libertà di scelta – resa tale dall’ampliamento dell’offerta relativa alle prestazioni chirurgiche anche in ambito privato – è tuttavia mediata e ridotta da linee di differenziazione che passano attraverso molteplici fattori, in primo luogo quelli economici.

Proprio sul posizionamento scelto dal MIT all’interno e trasversalmente a tali linee sembra giocare una partita importante per l’associazione e per le persone che ad essa si rivolgono. L’ambito della chirurgia è rivelatore infatti – in maniera anche più evidente di

---

<sup>3</sup> Secondo il testo di legge (art. 3 comma 1): “Il tribunale, *quando risulta necessario* un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza” (corsivo mio) (Cfr. al primo capitolo).

<sup>4</sup> Cfr. al primo capitolo.

<sup>5</sup> A questo proposito cfr. al capitolo conclusivo.

quanto accade con le terapie ormonali – della difficoltà di mediazione che l’associazione MIT incontra con le figure mediche che con essa collaborano<sup>6</sup>.

Prima di esplorare le ragioni addotte e le modalità soggettive impiegate con cui le persone intervistate hanno accolto (o rifiutato) opzioni chirurgiche per il proprio transito di genere, si intende illustrare sinteticamente le tipologie di interventi praticabili (così come descritti dagli *Standard of Care* del WPATH): quella che si presenta come semplice e non esaustiva elencazione ha lo scopo di illustrare la vastità delle opportunità cui una persona che intende modificare esteticamente e anatomicamente il proprio corpo può decidere di ricorrere.

Per chi intraprende un percorso di femminilizzazione le principali procedure sono: mastoplastica additiva (impianti/lipofilling); chirurgia genitale: penectomia, orchietomia (asportazione dei testicoli), vaginoplastica, clitoridoplastica, vulvoplastica; chirurgia di femminilizzazione facciale, liposuzione, lipofilling, chirurgia vocale, riduzione della cartilagine tiroidea, aumento dei glutei (impianti/lipofilling), ricostruzione dei capelli, e altre procedure estetiche quali: riduzione del pomo d’Adamo, modifica chirurgica della voce, lipoplastica assistita (modellazione contorno) della vita, rinoplastica (correzione del naso), riduzione delle ossa del viso, lifting e blefaroplastica (correzione delle palpebre). Secondo quanto stabilito dalle istituzioni, il SSN sostiene i costi della sola chirurgia genitale, mentre tutti gli altri trattamenti (considerati di carattere estetico o cosmetico) restano demandati all’ambito dell’iniziativa privata perché non necessari ai fini della messa a norma dei corpi.

Per le persone in transito verso il maschile, prima del novembre 2015, la giurisprudenza stabiliva come necessarie la mastectomia (solitamente accompagnata dalla creazione di una cassa toracica di tipo maschile) e l’isterectomia/ovariectomia. Contrariamente a quanto previsto per il transito in direzione opposta, la ricostruzione del pene (faloplastica) non è stata considerata necessaria per il riconoscimento del diritto al cambio anagrafico del nome (sulle ragioni di tale asimmetria si ritornerà oltre nel capitolo). Tra la chirurgia ricostruttiva è possibile considerare, oltre alla faloplastica, la metoidioplastica (o

---

<sup>6</sup> È anche come presa d’atto di tale problematicità che, alla fine del 2015 (e dunque nel corso della stesura del presente lavoro) il MIT ha preso la decisione di sospendere la convenzione con l’Ospedale Sant’Orsola e, di conseguenza, la gestione della lista d’attesa per gli interventi di RCS cui venivano inseriti gli utenti del consultorio che li richiedevano. Tale scelta è derivata anche dalle crescenti lamentele degli utenti, relative proprio al trattamento ospedaliero e alla qualità degli interventi svolti dai medici incaricati, di cui, pur non avendone responsabilità, si presumeva il MIT dovesse rispondere. In questo modo l’associazione, pur mantenendo un rapporto privilegiato con l’ospedale locale (e in particolare con il reparto di ginecologia e ostetricia, nel quale opera l’endocrinologa e ginecologa che collabora al consultorio MIT), si riserva il diritto di indirizzare i propri utenti verso specialisti considerati di maggior competenza.

clitoridoplastica, ovvero la creazione di un micropene a partire dalla clitoride), la scrotoplastica, l'allungamento dell'uretra e l'impianto di protesi testicolari e per l'erezione. Esistono inoltre (più rari) interventi chirurgici vocali ed estetici quali: liposuzione, lipofilling, impianti pettorali.

Come si vedrà, sono molte le persone trans che ricorrono alla chirurgia per mascolinizzare o femminilizzare parti del proprio corpo, non necessariamente intervenendo sui genitali. Le storie raccolte restituiscono l'esistenza di una molteplicità di traiettorie, che vanno a confermare la ricchezza che, a partire dagli anni Novanta e soprattutto in ambito statunitense, il movimento e gli studi transgender hanno provato a mettere in luce con l'obiettivo primario di scardinare il canone medico della linearità e il binarismo del transito di genere (da un punto A ad un punto B, ovvero diventando indiscutibilmente o donne o uomini). È da questo punto di vista dunque che si è considerata la chirurgia trans come costitutiva di una ulteriore possibilità di riscrivere i confini dei corpi e le modalità con cui i soggetti esperiscono i generi e le sessualità, reinventando gli *script* normativi dicotomici di sesso e genere.

Sulla base di quanto detto, è intento di questo capitolo tracciare una cartografia dei corpi trans che accedono (o si sottraggono) agli interventi per la modifica del genere, costruita in primo luogo sulla base delle ragioni addotte dai singoli alle scelte intraprese, delle idee di corporeità e dei significati assegnati alle diverse parti del corpo. Si è voluto poi esplorare la complessità, le ambiguità, le similitudini e le divergenze presenti nell'esperienza del corpo delle persone intervistate, dando conto della ricchezza dei posizionamenti esistenti (anche rispetto al doppio binario di subordinazione/autodeterminazione individuato in apertura) e dell'ampiezza del margine di autodeterminazione dal quale provengono. Il filtro analitico utilizzato a tale scopo è stato quello più attento alle dinamiche presenti nel rapporto tra soggettività incarnate e genere, e le complesse relazioni tra pratiche mediche, normatività e le pressioni (di mercato e politiche) esercitate per influenzare le pratiche di modificazione del corpo (Hassard e Holliday 2001); alle modalità con cui i processi chirurgici sono variamente impiegati dagli individui e ad essi imposti; alle possibilità di contrattare pratiche cliniche per la costruzione di sé come soggettività *(trans)gendered*.

Accogliendo l'indicazione euristica di Shilling, il quale, riferendosi al corpo come "progetto" e spazio di scelte ed opzioni (agite e subite), suggerisce l'utilità dell'osservare tale divenire in relazione alla chirurgia plastica, si è scelto di ricorrere prevalentemente alle analisi sociologiche dedicate al rapporto tra il corpo e le modificazioni apportate per mezzo della

chirurgia plastica (Hassard e Holliday 2001; Fusaschi 2011; Turner 2012; Shilling 2005 e 2012). Sulla base di queste riflessioni, si è poi provato a declinare la ricchezza di tali ragionamenti sulla specificità del contesto del cambio di sesso: “Men and women go under the knife to alter their bodies all the time, why should trans people be treated differently about it?”<sup>7</sup>. Muovendosi in tale direzione, l’analisi ha incrociato la riflessione della teorica e attivista transgender Judith Jack Halberstam, quando suggerisce che il pensare agli interventi di modificazione di genere in termini di procedura “cosmetica” che ri-organizza il corpo in maniera tale da farlo aderire meglio all’immagine di sé, costituisce un modo per sganciare il desiderio di chirurgia dal discorso medico (e patologizzante) del “corpo sbagliato”, e costruire “a post-identity politics of transsexual surgery” (Hines 2007, 70):

“The reason that I say its cosmetic surgery is because people are always changing their bodies, especially in America. I suppose that if we considered what we’re now calling transsexual surgery as cosmetic, maybe we would take the stigma away. Maybe we wouldn’t see it as the complete, pathological rearrangement of identity, even if it’s experienced as such. Maybe we’d begin to see it as a way of organising your body to suit your image of yourself. And then we wouldn’t have to have this whole therapeutic intervention, where people are saying, ‘Why do you want to become a man? What’s wrong with you?’ You could say ‘Because I prefer the way a penis looks on my body to the way a vagina looks on my body’” (Halberstam, in Nataf 1996, 56).

Il punto di vista che attraverserà il capitolo considera dunque tali interventi come tecnologie del corpo che si situano all’incrocio tra la finalità “curativa” – sostenuta dall’ambito medico che si interessa alla transessualità – e quella, più diffusa nell’ambito della chirurgia plastica stessa, del miglioramento estetico. La ragione di tale posizionamento teorico è data dal tentativo di ipotizzare che letture depatologizzanti dell’esperienza trans siano non solo possibili, ma anche ispiratrici di nuove politiche di riconoscimento trans fuori dal binomio patologia/cura. Infatti, “in cosmetic surgery, political subjects in the main are deemed to be in control of decision making about their bodies, thus reducing and indeed making illegitimate ‘excessive’ government oversight of the industry” (Bacchi e Beasley 2002, 341).

La scelta teorica operata incrocia curiosamente (e utilmente ai fini dell’analisi) l’opinione, diffusa all’interno della comunità internazionale dei chirurghi plastici, che la chirurgia per il cambio di sesso costituisca “quanto di più fine ci sia nella chirurgia per migliorare l’immagine del corpo” (Laub 2000, 100).

---

<sup>7</sup> <http://rachaels-project.tumblr.com/>.

## 1. A/simmetrie del corpo de-gendered

La soluzione chirurgica ideale per il *confezionamento* di genitali femminili in *un* transessuale dovrebbe essere una procedura in tempo unico, l'intervento deve tendere alla realizzazione di una neo-vagina *adeguata* per rapporti sessuali *soddisfacenti* ed ottenere un risultato estetico tale da rendere la neo-vagina virtualmente indistinguibile da un *normale* soggetto femminile.

È più facile fare un buco che erigere un palo.

Come sappiamo le dimensioni del pene del maschio genetico variano, ci sono misure diverse per cui non c'è alcuno standard a cui potersi riferire.

Il pene è un organo unico che non potrà mai essere perfettamente ricostruito<sup>8</sup>.

Afferma Butler: “Penis and vaginas are biocodes of powerknowledge regimes. They are ideal regulators, biopolitical fictions and find their somatic support in individual subjectivity” (Butler 2001, 623). L'affermazione della filosofa statunitense trova conferma nell'analisi delle interviste raccolte, all'altezza del processo di ri-nominazione e ri-costruzione dei corpi nel vissuto di genere sentito. Tuttavia, dall'accostamento delle esperienze, emerge anche come, nel costituirsi come supporti somatici, i soggetti assegnino a tali “ideali regolatori” pesi specifici diversi. In altre parole, esiste nei percorsi istituzionalizzati di cambio di sesso una asimmetria valoriale che riflette i significati culturali e politici assegnati dagli individui e dai saperi medico-legali alle diverse parti del corpo.

Le frasi degli urologi in apertura al paragrafo possono essere considerati un'immediata verifica – con tratti grotteschi – di come tali significati vengano costruiti e veicolati in ambito scientifico (e in particolare, nelle tecniche di ricostruzione chirurgica degli organi genitali) e di come la genitalità si costituisca come “spazio di iscrizione culturale” (Busi 2012, 177). La vagina è un organo sempre passivo, un mero ricettacolo dell'organo maschile e simbolo della tradizionale e presupposta passività femminile nelle relazioni (etero)sessuali. Una vagina “normale” e quindi “adeguata”, è la vagina che è in grado di assolvere in modo “soddisfacente” tale fondamentale (e fondativa) funzione.

È ipotizzabile che il diverso investimento simbolico da parte dei soggetti trans risenta sia di tale approccio (che va a costituire una parte del capitale culturale delle persone trans stesse), sia della diversa riuscita cui gli interventi di riassegnazione chirurgica sono arrivati.

---

<sup>8</sup> Interventi di urologi/andrologi alla tavola rotonda dedicata alle attività e alle tecniche dei centri chirurgici ONIG, Convegno Scientifico Internazionale “Transiti”, 28-29-30 giugno 2000, Bologna (Nadalin e Stella 2000).

Se infatti le tecniche di costruzione (“confezionamento”) delle neo-vagine sembrano aver generalmente raggiunto risultati soddisfacenti (seppur con le problematiche post-operatorie ricordate), opposta è la situazione che si trova davanti una persona che desideri sottoporsi a intervento di falloplastica<sup>9</sup>. La chirurgia considera la costruzione dei genitali femminili un intervento complesso il cui fine è principalmente la creazione, lo si è appena detto, di un ricettacolo (passivo) del pene<sup>10</sup>. Specularmente, l’aspettativa che i genitali maschili ottengano un’erezione e raggiungano la penetrazione vaginale, fa sì che i chirurghi affermino di non poter creare un pene perfetto allo stesso modo dei genitali femminili. Sulla base di tale ragionamento, la ricostruzione di una neo-vagina appare – come afferma la letteratura medica – più facile e soddisfacente, grazie a tecniche che, privilegiando l’estetica alla funzionalità, si muovono all’interno di standard di “normalità” e “bellezza femminile” fortemente situati all’interno del contesto occidentale contemporaneo (Bordo 1992). Inoltre, la tipologia di sessualità cui tali interventi fanno riferimento è una genitalizzata (relegata cioè ad una sola parte del corpo con quella precisa forma fisica ed estetica), finalizzata all’accoglienza di un pene maschile (anch’esso di conformazione occidentale) dove la funzionalità e il piacere equivalgono alla capacità di avere esperienze eterosessuali penetrative<sup>11</sup>.

Contestualmente a questo registro discorsivo – che ha trovato sostegno e legittimazione nella giurisprudenza – le persone in transito verso il maschile non sono state obbligate alla falloplastica nello stesso modo in cui le donne trans sono state spinte a demolire e ricostruire i propri genitali. Hanno però dovuto asportare utero e ovaie, poiché la presenza di tali organi (siti della capacità riproduttiva femminile) implica necessariamente, nel contesto occidentale contemporaneo, l’essere donne (nonostante, paradossalmente, la mancanza degli stessi non comporti l’appartenenza al genere maschile)<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> In altra sede di indagine potrebbe forse essere interessante chiedersi: costituisce elemento di peso il fatto che la quasi totalità degli urologi (italiani e non) che si occupano di riassegnazione di genere, e quindi di ricostruire neo-vagine, siano uomini? Che influenza ha tale sbilanciamento di genere sull’avanzamento delle tecniche chirurgiche?

<sup>10</sup> Grande attenzione ha in questo periodo nella comunità virtuale transessuale (soprattutto MtF) la notizia del primo trapianto di utero avvenuto negli Stati Uniti, cui in molte guardano con speranza (Cfr. [http://www.nytimes.com/2016/02/26/health/uterus-transplant-cleveland-clinic.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2016/02/26/health/uterus-transplant-cleveland-clinic.html?_r=0)).

<sup>11</sup> Nel corso del XXVI Congresso Nazionale di andrologia (*La salute sessuale nel terzo millennio: un diritto dell’uomo e della coppia, un dovere dell’andrologo*, Roma, 25-27 novembre 2010), il team di andrologi dell’Ospedale Sant’Orsola-Malpighi (e dunque quelli a vario titolo coinvolti nella convenzione con il consultorio MIT), scrive nella relazione *Conservazione della sensibilità neoclitoridea nella chirurgia del transessualismo andro-ginoide: nostra esperienza*: “La chirurgia di conversione andro-ginoide si propone obiettivi sia estetici sia funzionali: grandi e piccole labbra, mons veneris, profondità e larghezza della neo-vagina, sensibilità del neoclitoride” (Colombo et al. 2010, 25).

<sup>12</sup> Il Tribunale di Bologna, nel luglio 2015, acconsente alla procedura di cambio di nome di uno degli intervistati, inserendo come prima tra le ragioni a favore di tale decisione il fatto che “dalla documentazione prodotta risulta che tali interventi chirurgici hanno comportato la perdita dei caratteri anatomici principali del sesso originario determinando una modificazione radicale e irreversibile e precludendo irreversibilmente la capacità di

Le persone trans hanno dunque gestito e modificato i propri corpi sulla base degli habitus di genere in relazione ai quali si esercitano anche le pressioni sociali ad abitare corpi quanto più possibili conformi alle norme binarie di genere. Tuttavia, nota Daniela Crocetti (2012, 296): “La chirurgia estetica, come la Butler e la teoria di genere ci indicano, dimostra che costruire il genere non è un processo passivo o innato. Attraverso questi interventi le persone ridefiniscono il loro corpo di genere preoccupandosi della forma dei loro genitali”. Esiste in tale preoccupazione un paradosso, rilevato ancora da Crocetti (2012), dato dal fatto che i genitali, pur rimanendo per la maggiore parte invisibili, sono comunque entrati nel mercato dell’estetica. La stessa contraddizione è rilevata da Holliday (2006, 180) quando scrive: “Surgery produces a highly perceptible effect despite the fact that the actual flesh is obscured by clothes in public life. (...) Even in today’s ‘pornified’ culture, genitals are the least displayed body part. Thus, genital modification marks a shift in the kind of work cosmetic surgery accomplishes. How do we make sense of the fact that we are increasingly seeking cosmetic surgical procedures that very few people will see?”.

Per quanto detto finora – e dunque anche per provare a rispondere a tali sollecitazioni – sarà utile mettere in relazione e in discussione i concetti di genere con la forma e la funzione che i soggetti assegnano ai propri caratteri sessuali primari e secondari (originari o ricostruiti), nella fase della loro demolizione e ricostruzione.

### **1.1 L’“invidia della vagina”**

Il gruppo di persone trans intervistate è composto in netta prevalenza da soggetti che hanno fatto – o intendono fare – ricorso a interventi di mascolinizzazione o femminilizzazione. In sedici (su ventiquattro) hanno infatti apportato modifiche ai propri corpi, rispondendo a desideri e adottando modalità molto differenti fra loro. Provando a sintetizzare (non senza tornare a “complicare” nel corso del capitolo) è possibile affermare che tredici persone hanno effettuato veri e propri interventi di riassegnazione di sesso (nove verso il genere maschile, quattro verso il genere femminile), in alcuni casi sovrapponendo a quelle richieste per legge altre tipologie di modifiche, classificabili come estetiche (ad esempio mastoplastiche additive e ritocchi post-mastectomia). All’interno di questo gruppo sono quasi equivalenti i casi di coloro che si sono rivolti a strutture ospedaliere pubbliche (l’ospedale locale convenzionato

---

procreazione” (Cfr. copia della decisione del Tribunale di Bologna pubblicata dal diretto interessato sulla pagina Facebook personale).



col MIT) o private (come si vedrà, a seconda dell'intervento, le due opzioni possono coesistere nel percorso di una stessa persona, con motivazioni che variano da caso a caso). È inoltre fondamentale segnalare come quattro (tre FtM e una MtF) delle otto persone intervistate che non hanno fatto interventi di riassegnazione di genere siano in attesa delle perizie e/o delle sentenze necessarie per procedere in tal senso. Nel caso in cui le abbiano già ottenute, sono invece in attesa della disponibilità della struttura sanitaria scelta. Quattro donne trans hanno inoltre fatto ricorso a diverse tipologie di chirurgia estetica (mastoplastica additiva, modifiche a zigomi, naso, labbra, pomo d'Adamo). Infine, sono due (un uomo e una donna) le persone che affermano di non desiderare alcuna tipologia di intervento e una che non è ancora giunta ad una decisione in merito (pur essendo inserita nella lista d'attesa dell'ospedale locale, fino alla fine del 2015 gestita dal MIT).

Il titolo del paragrafo – ironico rovesciamento dell'affermazione freudiana che sosteneva la sensazione di mutilazione e mancanza avvertita dalle donne in una specifica fase della crescita psicosessuale, in cui la percezione dell'assenza del pene non era codificata come segno di differenza biologica, ma come deprivazione dell'organo sessuale – costituisce pretesto per introdurre l'analisi dell'investimento simbolico di cui la vagina viene fatta oggetto da parte delle persone in transito verso una fisicità femminile. La vagina, per molte donne trans incontrate, è infatti considerata come spazio ideale di creazione di femminilità e, in quanto tale, di forte investimento soggettivo e materiale. Più in generale, per il primo gruppo di soggetti intervistati – che sarà prevalentemente al centro del presente e del prossimo paragrafo – è preponderante la tendenza a proiettare sulle procedure chirurgiche una possibilità di allineamento tra il corpo individuale e il genere sentito.

Nel racconto di Diletta (43 anni), che si sottopone all'iter di transizione previsto dal consultorio MIT, le alte aspettative riposte nella chirurgia le assegnano addirittura una valenza taumaturgica, prima ancora che “terapeutica” e il meccanismo di sovrapposizione tra genitali posseduti e genere femminile sembra essere totale. Più nello specifico, è esattamente alla vagina che viene assegnata la funzione di rappresentare il “tutto” del proprio essere femminile. Nello sviluppo della narrazione emergono anche elementi legati al contesto esterno che influiscono sulla decisione presa e che qualificano il corpo individuale di Diletta come socialmente e politicamente disponibile alla “messa a norma”. Diletta fa riferimento, ad esempio, al desiderio di una meno problematica gestione delle relazioni quotidiane con l'esterno (con gli uomini, in palestra, con la burocrazia) e di un più semplice accesso alla cittadinanza (intesa come accesso alla sfera pubblica, ma anche nell'accezione di *intimate* ed

*embodied [trans]gender citizenship*<sup>13</sup>). All'alto livello di investimento simbolico fa da contraltare, a distanza di dieci anni, una nota di rammarico, che si lega ad un'accezione fortemente relazionale della propria realizzazione in quanto donna (in cui gioca un peso, nonostante il molto tempo trascorso, la memoria di una precisa opinione medica):

Mi piacevo ma non fino in fondo, allora mi son detta: magari poi con l'intervento raggiungo, tra virgolette, "la perfezione". Perché poi l'intervento ti toglie ancora quel po' di maschile, non hai più bisogno di fare certe cose. Avevo bisogno di avere l'organo sessuale femminile perché così mi identificavo, dicevo: "Così sono completa". Uno può dire: non è la vagina che fa la donna. Ma invece sì, anche, altrimenti che cacchio stiamo a dire... Ci sono le donne, ci sono gli uomini, ci sono le transessuali, ci sono le operate e ci sono i gay. È inutile che stiamo a dire "Non è così". O vivi da transessuale o vivi da donna. Quindi dico: arriviamo all'intervento perché almeno sono tutt'uno, non ho il problema di fare ginnastica, di andare in uno spogliatoio – sono tanti i problemini – della carta d'identità, di tutto. Arrivi all'intervento perché vuoi essere regolarizzata anche a livello burocratico, a livello di documenti. A dieci anni dall'operazione, per me non arriva mai fino in fondo l'accettazione, per me c'è sempre una guerra, un cercare di riconoscersi allo specchio. Per me fa parte del fatto che sei stata una cosa e sei diventata un'altra: nessuno te la toglie. (...) Nella mia quotidianità mi chiamano "signora", non leggo neanche il minimo dubbio. Però il rapporto con l'uomo... infatti cosa disse l'endocrinologo all'inizio del mio percorso: "Comunque voi fate tutto il percorso, però la sicurezza di essere arrivata a sentirti tu donna, in pace con te stessa te la darà un uomo. Se tu riuscirai ad avere una storia importante, a vedere negli occhi dell'uomo che ti accetta come donna, lì ti sentirai arrivata". (Diletta)

All'esperienza di Diletta si accosta quella della ventenne Raffaella: diverse generazioni, diverse esperienze di vita e di transito. Unici dati in comune sono la direzione e il contesto scelti per il proprio percorso di mutamento (entrambe verso il femminile, entrambe al MIT). Nonostante ciò, le narrazioni che le due donne forniscono sono molto simili per quanto riguarda i significati assegnati alla chirurgia (anche se per Raffaella si sviluppa su un piano ideale, poiché al momento dell'intervista deve ancora iniziare la terapia ormonale e non si è sottoposta ad alcuna tipologia di intervento chirurgico):

R. Alla fine del percorso, vorrei raggiungere quello che è il mio obiettivo: l'operazione. Dopo quello sinceramente mi sentirò realmente donna: io ho già deciso di fare l'operazione. Oggi ne ho parlato anche con la psicoterapeuta... Ovviamente la vagina a me dà il senso di una donna, di una donna biologica, che è nata con l'organo femminile. Anche perché comunque non è che me la vivo molto, non me la vivo bene quella parte inferiore del mio corpo. La mia mente mi vede al femminile, non mi vede al maschile. Certe cose maschili mi mettono in imbarazzo. È per quello che a volte dico che mi sento incompleta, perché secondo me mi sentirò davvero completa quando arriverò a fare l'operazione. Mi sento determinata a farlo in futuro. Non mi spaventa l'irreversibilità perché fino adesso non mi sono sentita uomo, per cui avere questo desiderio così tanto tempo e sentirlo... io me lo sento dentro, mi sento che voglio fare questa cosa... io non mi immagino con il pene sotto. Quindi il fatto che sia una cosa irreversibile non mi spaventa, se non ho avuto paura fino ad adesso, non penso che ne avrò più avanti. Vado verso quella cosa lì e ne porto le conseguenze: so che i rischi ci sono, lo metto in conto il fatto che ci potrebbe essere una perdita della sensibilità. (...) Io mi immagino il fatto di essere sul lettino, di essere in sala operatoria e questa cosa mi spaventa molto, e mi spaventa il fatto che comunque una persona estranea a me possa mettere le mani su una parte così delicata e fare un'operazione così delicata.

---

<sup>13</sup> Per una riflessione approfondita sulla nozione di "cittadinanza trans" si rimanda al capitolo conclusivo.

Ma non è domani che devo fare l'operazione, quindi ce n'è ancora di tempo per pensarci su, e questa cosa mi tranquillizza. Mi tranquillizza molto di più rispetto a una cosa fatta così all'ultimo momento.

S. *Quindi i tempi che richiede il consultorio a te vanno bene?*

R. Sì, sì ne ho bisogno. Se mi dicessero: “Non parlare più con la psicologa, mercoledì vai a fare l'operazione, anche gratis”, io non ci andrei sinceramente. Secondo me c'è bisogno di tempo, c'è bisogno di pensare bene, perché è un percorso di vita, non è un vizio che ti vuoi togliere.

S. *La vuoi fare in Italia?*

R. Non so, sto pensando molto alla Thailandia, perché me ne hanno parlato sempre molto bene. (Raffaella)

I due registri narrativi si rivelano parzialmente coerenti con il più tradizionale “canone transessuale”: il transito è un'esperienza che ha un inizio e una fine, che coincide con l'intervento e con la totale sovrapposizione tra genitali e genere e, di conseguenza, con la totale adesione all'identità femminile riconquistata. Essi si basano sull'incongruenza tra l'immagine di sé e la propria anatomia, insieme al rifiuto dei genitali originari, vissuti – in maniera speculare e opposta alla neo-vagina – come simbolo della mascolinità non desiderata<sup>14</sup>. Infine, il piacere sessuale è l'elemento sacrificabile in cambio di una anelata femminilità, sull'altare della quale anche le paure legate all'operazione chirurgica vengono affrontate. Emerge tuttavia, dalle parole della ragazza intervistata, l'importanza assegnata all'iter del consultorio MIT, composto di tappe e scadenze che, corrispondendo a tempi interni di Raffaella, si costruiscono come spazio di autodeterminazione. “Avere tempo” per immaginare il proprio percorso di transito si qualifica in questo caso come possibilità di soggettivazione, che permette di far fronte – anche grazie al sostegno della psicoterapeuta – ai timori legati all'asimmetria di potere rispetto alle figure mediche. Infine, fa parte dell'immaginario del divenire donna (e trans) di Raffaella la dimensione globale che caratterizza le possibilità contemporanee di modificazione del corpo. Tale elemento si inserisce pienamente nel processo di correlazione oggi in atto tra progetti corporei e globalizzazione del mercato della chirurgia estetica e plastica che il flusso di “pazienti” – provenienti da e diretti verso molteplici luoghi geografici – mettono in evidenza (Shilling 2012). In particolare, dagli anni Duemila la Thailandia, e Bangkok in particolare, è divenuta “la Mecca” a livello mondiale per il cambiamento di sesso (soprattutto per gli interventi di femminilizzazione) (Aizura 2010). Quella che è una vera e propria industria del turismo “medico” ed “estetico”, deve il suo successo al costo relativamente basso della chirurgia rispetto ad altre mete statunitensi ed europee (Italia compresa), combinato a tecnologie più

---

<sup>14</sup> Come si vedrà, nei racconti delle persone in transito verso il maschile l'ordine simbolico legato al pene viene ad essere rovesciato e la maschilità proiettata su caratteri sessuali altri (barba, voce, e così via).

s sofisticate, all'alta qualità dei risultati e all'assenza di restrizioni legali per le procedure di riassegnazione<sup>15</sup>. È stato in particolare la reputazione dell'abilità tecnica sviluppata a metà degli anni Novanta dal chirurgo Preecha Tiewtranon e dai medici da lui formati a spingere migliaia di donne trans da tutte le parti del mondo verso la Thailandia. Tra queste Laura, 23enne universitaria, che dopo aver iniziato la terapia ormonale al MIT e aver ottenuto la perizia per l'intervento (per altro non richiesta nelle cliniche thailandesi) mette in moto il suo viaggio verso la propria idea di femminilità:

L. Io ho deciso di andare in Thailandia per i feedback che arrivavano da là. Perché i miei mi hanno detto: "Se tu vuoi te lo paghiamo in privato, e possibilmente all'estero", perché hanno capito che in Italia è terribile... Ho deciso per la Thailandia semplicemente perché ho parlato con due persone che erano state là, a Bangkok, che si son trovate benissimo. Poi c'è la questione prezzo: costa la metà. Sono ospedali privati, nel mio caso la clinica è sostanzialmente di cure estetiche. E loro sono i pionieri: Burin Wangjiraniran, Sutin Khobunsongserm, e Preecha, che è il maestro. Loro sono i più famosi, perché sono i pionieri. Gli interventi chirurgici si appoggiano al PAI (Preecha Aesthetic Institute) che è questo ospedale privato famoso in cui si fa di tutto in realtà: vengono da tutto l'Oriente a curarsi in questo ospedale bello. La differenza è che lì il chirurgo è anche chirurgo estetico, qua invece sono urologi quelli che fanno questi interventi. Là hanno questa cultura del bello, per cui uniscono la cosa funzionale alla cosa estetica. A me per andare a Bangkok non sarebbe servita neanche la perizia, niente. Perché là ti fanno la cosa i loro psicologi, sono molto più spicci, gli interessa che tu ti comporti in modo femminile e basta. Secondo me sono un po' eccessivamente dall'altra... una perizia medica forse ci vorrebbe, come le nostre. Però io quello che non capisco e deploro da noi è il passaggio al giudice della decisione, quello decisamente non ha senso perché sono spese e tempo, perché la burocrazia italiana ti ammazza. Io ho fatto tutto per benino: la richiesta di intervento – che non mi serviva per andare a Bangkok – l'ho fatta comunque. Ho speso 8 mila euro contro i 17 mila del privato qua in Italia o negli Stati Uniti (che credo sia circa 23 mila dollari).

S. *Sei soddisfatta dell'intervento? Stai bene, ti piaci?*

L. Sì. Allora, io sono stata bene, cioè io... il giorno dopo mi hanno messa in piedi, sono uscita dall'ospedale dopo cinque giorni e mi hanno portata all'albergo, dove facevo la mia degenza prolungata e poi dall'albergo andavo alla clinica a fare le visite di controllo. Ne fanno ogni giorno. E poi come fanno a ridurre il tempo di intervento (questo ha una grande influenza sul risultato finale)? Erano tredici in sala operatoria, io li ho contattati quando sono entrata. Io ho avuto problemi per le dilatazioni che sono cominciate due giorni dopo il mio ritorno all'hotel. I problemi perché la prima dilatazione che ho fatto mi ha provocato una reazione, di colpo si è gonfiata e allora lì per lì io non riuscivo a fare la pipì perché si era gonfiata. Però due ore e dopo non me l'ha più fatto. Gli unici – non problemi – fastidi che ho è il dover fare quotidianamente queste dilatazioni. La parte brutta della medaglia, la parte sporca della medaglia è che tutta la vita devi fare le dilatazioni. Ora, il primo anno che comunque sono 365 giorni – son tanti – devi farlo due volte al giorno. È pesante perché è una cosa fastidiosa. Per quanto siano avanzate le tecniche rispetto a trent'anni fa, quella è pelle che si richiude, si riappiccica, il tuo corpo non la vuole, è una ferita che vuole chiudere e quindi devi stare lì. È anche un po' doloroso, diventa meno doloroso col tempo. Poi devi passare da una misura, alla seconda, alla terza. Ora sono passata alla terza: i primi giorni ululavo.

S. *Quindi anche dal punto di vista del piacere sessuale, in questo momento sei in stand by?*

L. No, io assolutamente non ci voglio niente là! Cioè, potessi evitare di fare queste dilatazioni, potessi non pensarci... però dal punto di vista della pipì sono a posto. (Laura)

---

<sup>15</sup> Basti pensare che una delle testimoni ascoltate (il cui corpo è un vero e proprio assemblaggio geo-politico di femminilità avendo modificato arco sopraccigliare, viso, pomo d'Adamo e seno in Ecuador; glutei e vagina in Thailandia) racconta che il criterio con cui ha ottenuto il via libera per la vaginoplastica in Thailandia si è basato sulla visione di un intero intervento videoregistrato, in presenza di uno psicologo incaricato di registrare e giudicare le sue reazioni.

Laura conferma lo scenario globale che avvolge i progetti di ricostruzione dei corpi trans (non senza informare l'estetica che li segna), riproponendo l'elemento, già incontrato nel precedente capitolo, del coinvolgimento diretto del soggetto – in termini di dedizione, tempo, cura – necessario per il buon fine dell'intervento (e, nel caso specifico, per rendere “la ferita aperta” parte del corpo compatibile con il progetto personale). Inoltre, se – come ripetutamente affermato dai medici italiani – la sensibilità finalizzata al soddisfacimento sessuale è un obiettivo della vaginoplastica, in realtà è proprio tale soddisfacimento l'elemento che si finisce per considerare come “sacrificabile”, in cambio di una maggiore coerenza tra corpo e genere desiderato<sup>16</sup>.

Nelle esperienze riportate la chirurgia – intesa come un insieme di discorsi e pratiche – acquisisce un ruolo centrale nel processo di allineamento tra corpo individuale, percezione di sé come soggetto *gendered* incarnato e corpo sociale (che, proprio tramite le modificazioni intraprese, diventa maggiormente intelligibile e assimilabile nella sfera pubblica). Attraverso la chirurgia, applicata su parti del corpo ad alto significato *gendered*, i corpi possono – ma non sempre con efficacia pari alle aspettative – essere integrati con i vissuti. Il disaccordo, avvertito come un disagio e letteralmente incorporato come tale, costituisce l'origine della richiesta di correzione che acquisisce così legittimità sanitaria e terapeutica. “Da questo punto di vista – scrive Fusaschi (2011, 15) – dovremmo allora richiamare quel concetto di «biopolitica delegata», proposto da Dominique Memmi, intendendo quel dispositivo (...) attraverso cui un governo si appoggia sui soggetti o per meglio dire confida la gestione «dell'oggetto del quale intende regolare gli usi (in questo caso il corpo) agli individui che valuteranno essi stessi l'evoluzione probabile dei loro dati corporei e faranno essi stessi il calcolo dei rischi e dei costi finanziari della sua correzione»”.

La storia di Laura permette infine di introdurre un ulteriore elemento. Infatti, quando tali “correzioni” avvengono nell'ambito del sistema privato di erogazione di prestazioni mediche, si osserva un cambiamento di status del soggetto, che passa dall'essere “paziente” a “consumatore”. In questo spostamento, i soggetti esperiscono una condizione di maggiore autonomia: “In cosmetic surgery, they emerge as autonomous ‘consumers’ who make choices, *albeit* still with the oversight of doctors who, in this area, largely self-regulate”

---

<sup>16</sup> Le complicanze chirurgiche nella chirurgia genitale MtF possono essere varie e comprendere, tra gli altri aspetti: necrosi completa o parziale della vagina e delle labbra, fistole alla vescica o all'intestino, tenosi dell'uretra o vagine che sono o troppo poco profonde o troppo piccole per il coito. Una labiaplastica può essere infine necessaria per ragioni estetiche. Le tecniche chirurgiche per la creazione di una neo-vagina sono funzionalmente ed esteticamente eccellenti, ma gli studi post-operatori segnalano un'alta frequenza di anorgasmia (Klein e Gorzalka, 2009; Lawrence 2006). Tale tema, rientrando nell'ambito della sessualità trans, richiederebbe una trattazione a parte, che per la sua ampiezza (e per il fatto di essere al momento ampiamente trascurato dalle indagini sociologiche), non può essere qui affrontato.

(Bacchi e Basley 2002, 342). Questa è solo la prima delle molte trasformazioni che investono il rapporto tra individui e personale medico. Ancora prima di questa, tuttavia, il passaggio allo status di “consumatore” segna una linea di differenziazione tra i transiti di genere delle persone incontrate, che passa principalmente attraverso le diverse possibilità economiche e le informazioni a disposizione dei soggetti. Questo elemento, che verrà meglio approfondito nel prossimo paragrafo, entra con maggiore prepotenza – rispetto ai passaggi precedentemente osservati – nelle scelte di modificazione corporea, informando le tempistiche e i progetti che le persone hanno sui propri corpi.

Un altro elemento che distingue i percorsi di chi resta nel contesto sanitario pubblico bolognese da chi sceglie di allontanarsene, è la presenza del MIT: l’associazione rappresenta infatti una figura intermedia tra le istituzioni sanitarie e i soggetti, per quanto questo ruolo appaia più sbiadito rispetto ad altre fasi del transito. L’associazione porta avanti con i medici dell’*équipe* multidisciplinare uno scambio periodico, finalizzato al confronto e alla discussione delle principali problematiche presenti. Per questi motivi risulta tuttavia più complesso intervenire nel merito e nell’efficacia delle tecniche chirurgiche utilizzate, nonostante proprio queste ultime costituiscano la principale ragione di reclamo degli utenti, e la causa della ricerca di soluzioni alternative nell’ambito del privato. Il prossimo paragrafo proverà ad indagare le differenze tra chi opta per tale spostamento e chi invece, per ragioni diverse, prosegue il proprio percorso con la struttura ospedaliera convenzionata con il consultorio MIT. Si cercherà anche di osservare le ricadute sui corpi coinvolti, facendo principalmente, ma non solo, riferimento agli interventi di mastectomia/ricostruzione di un petto maschile.

## **1.2 Quale genere di maschilità?**

L’asimmetria che si incarna nei significati assegnati ad un corpo in divenire al femminile, si riscontra anche nelle esperienze dei corpi che intraprendono una transizione verso il maschile. Se nel primo caso infatti i genitali assumono un ruolo chiave nell’iter medico-legale – e in alcuni percorsi soggettivi – tralasciando caratteri sessuali considerati secondari come il seno, per chi transita verso il maschile l’investimento maggiore del legislatore è stato sulla pretesa di demolizione di quella stessa parte anatomica – insieme all’utero siti di significanti sessuali e riproduttivi, ma anche di controversie ed interessi politici, culturali e sociali – sospendendo però l’accanimento per quanto riguarda la parte genitale ricostruttiva. È già stato osservata la

difficoltà incontrata da una donna ad essere riconosciuta come tale in presenza di pene: allo stesso modo seno, utero e ovaie, quando presenti in un corpo maschile, hanno costituito per gli uomini motivo di negazione di riconoscimento sociale. Per converso, nel percorso verso il divenire uomo di un corpo sociale assegnato al femminile alla nascita, è possibile affermare che i genitali (e nello specifico il pene) hanno una minore rilevanza ai fini del riconoscimento tanto individuale quanto sociale e politico.

Arrivati alla decisione di sottoporsi a interventi chirurgici demolitivi, gli individui intervistati mettono in luce ulteriori complessità interne al rapporto tra il corpo e i progetti su di esso immaginati. In modo analogo, sebbene in misura maggiore di quanto accada alle donne trans, i racconti di molti FtM evidenziano la tendenza iniziale alla progettazione di corpi maschili ideali, che col tempo vanno incontro a ridimensionamento. Per la grande maggioranza, più della presenza del pene, è l'asportazione del seno ad assumere centralità. Proprio il massiccio investimento che si compie su questo intervento – così come emerge dalle interviste – disturba le narrazioni dominanti che guardano al ricorso alla chirurgia estetica come fatto di segno esclusivamente femminile e alla maschilità come esperienza disincarnata. Sono state soprattutto le teoriche e sociologhe femministe che hanno interpretato infatti la chirurgia estetica come fenomeno del presente legato ad un'“ideologia del corpo”, in cui il “corpo perfetto” era ricercato principalmente dalle donne impegnate a modificare il loro aspetto per conformarsi alle norme estetiche dominanti (espressione di una società maschilista e patriarcale) (Davis 2003). Holliday e Cairnie (2007, 58) notano come: “Whilst feminist writers have been keen to show the *social* (patriarchal) context of women's dissatisfaction with their bodies, they have tended to exclude men from their analyses”. In questo senso, l'attenzione per l'estetica del corpo – espressa attraverso accorgimenti, ritocchi, investimenti di tempo e risorse – sembra contraddire parzialmente quanto afferma un attivista trans, secondo il quale: “Per le donne c'è un ventaglio di possibilità chirurgiche che noi non abbiamo (e forse non abbiamo mai chiesto), più interventi di femminilizzazione, che mi fanno pensare che l'essere donna ha bisogno di più interventi, è un modello più coercitivo, mentre il modello maschile è uno, più facilmente individuabile”<sup>17</sup>. Se infatti la supposta maggiore ricchezza dell'offerta chirurgica presente per le donne trans è reale e gode di una tradizione che lega in maniera più stretta la categoria di bellezza con quella di femminilità, non di meno la ricerca empirica restituisce una grande varietà di strategie estetiche che gli uomini

---

<sup>17</sup> Cfr. registrazione del seminario *A/traversamenti* (23-24 maggio 2014), in possesso di chi scrive. Sul seminario si rimanda al capitolo quarto, paragrafo 1.

transessuali e transgender applicano al proprio progetto corporeo, anche e soprattutto quando si muovono alla ricerca di forme di maschilità altre.

È possibile dunque affermare che l'esperienza trans offre alla sociologia del corpo ulteriori elementi di riflessioni, non solo per ripensare alla categoria di mascolinità (e femminilità) *tout court*, ma anche a tutte quelle pratiche, significati e habitus che al dualismo di genere si appellano (ad esempio la chirurgia estetica) e con esso si alimentano. Il risultato di tale rapporto circolare, nelle società occidentali, è stato l'oscuramento di tutte le esperienze che a tale dualismo non intendevano adeguarsi. Si proverà dunque a gettare uno sguardo sul rapporto tra la chirurgia plastica ed estetica e la maschilità, alla luce delle contraddizioni e delle complessità che l'esperienza trans consegna. Attraverso tale sguardo, saranno messe a fuoco forme di incorporamento dell'esperienza trans non necessariamente aderenti al binomio controllo/resistenza, quest'ultimo alimentato da una parte dai saperi medici e dall'altra dalle teorizzazioni queer (Cuccio 2013).

Sono nove le persone FtM intervistate che si sono sottoposte all'intervento di mastectomia. Un petto piatto consegna ai testimoni incontrati un senso incarnato di maschilità, soprattutto perché associato alla possibilità di liberarsi contemporaneamente di elementi di vestiario quali le bende, portatrici di costrizione fisica e contenimento di un corpo che – come abbiamo visto nel capitolo precedente – nel progressivo avvicinamento alla corporeità desiderata, sembra dilatarsi e occupare sempre maggiore spazio. Ciò che Guido racconta contiene molti degli elementi di cui si è parlato finora:

G. L'unica roba che rimaneva erano le tette e non vedevo l'ora di arrivare a quell'obiettivo, ho corso per arrivare a quell'obiettivo, nel senso che ho incalzato la psicologa per le perizie e poi in tribunale in tre secondi ho portato le carte, subito, e la sentenza me l'hanno data subito, e sono andato subito dal chirurgo ad operarmi. È stata una corsa, mi son stancato tantissimo! Per me questa transizione è stata faticosa fisicamente e mentalmente. Fisicamente perché la precarietà del lavoro mi faceva fare mille robe. Per un periodo ho lavorato anche di notte, avevo il negozio, più il Mambo (Museo di arte moderna di Bologna), più altri lavori che prendevo in giro per tirar su soldi, perché comunque costa. Ho detto: non possono fermarmi per i soldi, i soldi devono esserci. Infatti mi son pagato tutto. Ci sono state tutta una serie di cose che mi hanno stancato (adesso basta che facciano l'udienza e mi diano i documenti e ho finito). Mi son ripreso fisicamente dalle operazioni perché son state distruttive, demolitive nel vero senso della parola. Gli obiettivi erano solo quelli di fare le tappe obbligate nella maniera più veloce.

S. *Non ti sei operato a Bologna?*

G. No, no, ci voleva un anno e mezzo di attesa. Non avrei mai passato un altro anno e mezzo *così*. Sono andato a Udine da un chirurgo in una clinica privata, tramite la mamma di un mio amico, bravissimo. Gli ho parlato di quello che volevo fare, è stata una persona cortesissima, le persone lì son state meravigliose. Basta pagare per avere tutta gente che ti sorride, disponibile.

S. *Quanto costa l'intervento così?*

G. Dai 5.000 agli 8.000 euro in media. Infatti ho preferito farmi degli anni di mutuo: meglio il mutuo che il reggiseno! Tanto mi opprimono entrambi! A Bologna ero preoccupato, non sarei andato per la fama del chirurgo: lui ha fatto dei danni, quindi non mi sarei fatto operare. In quel momento ho guardato in giro, c'erano prezzi molto alti e questo mi faceva un prezzo buono... Io mi ero informato sulle tecniche, sapevo già che non avrei avuto gli stessi risultati rispetto a quelle



persone con meno seno. Ho visto che l'unica era il doppio taglio sotto e con l'operazione che avrei voluto fare io avrei messo a rischio la sensibilità dei capezzoli che è un cosa che mi ha inquietato abbastanza, e ci sarebbero voluti anni per avere un risultato buono, e lo sapevo. L'operazione è andata benissimo, devo fare un altro ritocco, però le cicatrici sono "sbregghi" così, tutti i tessuti si devono irrorare di nuovo, amalgamarsi, quindi...

S. *È un'operazione dolorosa?*

G. Quello neanche tantissimo, forse perché ero contento. Sicuramente invalidante perché per un mese è meglio che non ti muovi, che non tiri su le braccia, non fai sforzi. L'altra che fanno per il seno piccolo è molto più semplice perché tolgono il "bottone" [il capezzolo], svuotano, cuciono e chiudono col bottone, e quindi non si vede niente. I miei capezzoli stanno riacquistando sensibilità, però non è la stessa cosa. Tutti i giorni, ormai da due anni metto l'olio all'aloce, vitamina E, due volte al giorno, perché si deve idratare se no si secca tutto. Dopo due o tre giorni si secca, quando ci devo prendere il sole si vedono parecchio ancora i tagli.

S. *I segni si vedranno ancora a lungo?*

G. Tra quattro o cinque anni non dovrebbero vedersi più.

S. *Ti disturba molto che questi segni si possono vedere?*

G. Disturba più gli altri. All'inizio io ero tranquillissimo, mi pareva di aver già fatto tutto, di essere a posto. E invece ho cominciato a vedere le altre persone che mi guardavano come a dire: "Cazzo!". Una sensazione strana e quindi adesso penso di non essere ancora a posto, non sono ancora a mio agio perché sono che gli altri non sono ancora a loro agio con me. Ti guardano come per dire "Madonna che cazzo ti sarà capitato!". Sono andato a farmi il capezzolo tatuato e l'estetista pensava che avessi avuto un tumore e ha cominciato a guardarmi con pietà. Io le ho detto: "Io sono felice, sto benissimo, finalmente ho fatto quello che volevo fare!".

S. *Ti sei fatto tatuare il capezzolo?*

G. Sì perché quando mi sono operato l'aureola era piccolissima, quindi mi son fatto fare il tatuaggio intorno uguale. Adesso piano piano faccio tutti i passettini e tra cinque anni dovrei essere a posto, come mi voglio vedere io. Più magro, più muscoloso... pian piano vorrei riuscire ad arrivare. Quello è l'ultimo obiettivo: perdere un po' di pancia e raddrizzarmi la postura. (Guido)

Riemerge in questa intervista il dato già più volte rilevato della *fatica* del lavoro sul corpo, presente sia nella fase pre, sia in quella post-operatoria. Quest'ultima è, non meno della prima, abitata da progetti dotati di previsioni anche temporali precise<sup>18</sup>: ritocchi estetici, attività quali fitness e diete. Tecnologie del corpo diverse che contribuiscono al compimento del programma di re-inserimento del corpo individuale nella sfera sociale e pubblica, con il fine di renderlo, in fine, (in)visibile a sé e agli altri (facendo tuttavia convivere con tale obiettivo anche la rivendicazione d'orgoglio per la scelta compiuta e, di conseguenza, il significato che quelle stesse cicatrici ricoprono nel percorso di costruzione di soggettività). L'esposizione del corpo nudo (nell'intimità, o in spazi pubblici quali la spiaggia o gli spogliatoi di una palestra) si costituisce per molti come meta finale, verso la quale poter misurare il raggiungimento o il fallimento degli obiettivi posti in principio. Ed è a partire da questa quindi che è utile guardare alle ragioni che animano la fase precedente gli interventi.

I principali argomenti a sostegno di chi sceglie di rivolgersi al settore sanitario privato sono le tempistiche (lunghe) e la qualità (che si teme scarsa) del servizio pubblico. L'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, attraverso la convenzione con il MIT, accoglie le richieste

---

<sup>18</sup> Il riferimento temporale fornito da Guido si basa presumibilmente anche sulla considerazione degli effetti del proseguimento dell'assunzione di testosterone, che tra le altre cose, dovrebbe assicurare una crescita pilifera sul petto tale da poter nascondere le cicatrici.

di cambio di sesso. Ciò che non offre è la possibilità di scegliere tra specialisti e tecniche differenti: è soltanto uno infatti il chirurgo plastico che, in convenzione con l'associazione, effettua gli interventi di mastoplastica riduttiva<sup>19</sup>, nel corso di un unico e doppio intervento che coinvolge l'équipe di chirurgia plastica e ginecologica. Tale strutturazione, dovuta a ragioni di ottimizzazione delle risorse, è una delle cause del prolungamento (anche di molti mesi) dei tempi della lista di attesa<sup>20</sup>. Le due operazioni sono tuttavia affrontate con paure, significati e aspettative molto diverse, che – secondo quanto espresso dalla maggioranza dei protagonisti – necessitano di essere affrontate separatamente.

Così, nello scegliere di sottrarsi dall'iter del consultorio, Guido esprime un approccio attivo rispetto al progetto di modificazione del proprio corpo, sia in termini di riappropriazione di tempi maggiormente aderenti ai propri desideri, sia in termini di affermazione dell'estetica desiderata. Quest'ultima trova espressione innanzitutto nell'auto-informazione circa le tecniche e le figure mediche di supposta maggiore competenza: la ricerca approfondita – virtuale, spaziale, scientifica – legata a tale evento è un atto che restituisce o struttura la soggettività dei ragazzi e degli uomini trans incontrati. Soggettività che, non senza contraddizioni, trovano spazio nello spostamento dall'ambito del SSN a quello privato. Tale opzione trasforma l'individuo – che se sceglie di farsi operare in Italia è comunque tenuto a mostrare una doppia perizia (psichiatrica e medica, nella maggioranza dei casi incontrati, rilasciata dalle figure professioniste che afferiscono al consultorio MIT<sup>21</sup>) e una sentenza del tribunale (la prima delle due necessarie) – da potenziale “paziente” (inteso come individuo cui è riconosciuta una patologia e in quanto tale è destinatario di prestazioni sanitarie gratuite) a “cliente”, o “consumatore”. In questo contesto, si rende maggiormente evidente come il dato economico pesi nel progetto di transito (e come si vedrà, a volte anche sul risultato finale): la richiesta di pagamento implica una certa disponibilità finanziaria (e, in mancanza di quella,

---

<sup>19</sup> Secondo gli intervistati, il chirurgo in questione tende ad adottare (e insegnare agli specializzandi che collaborano con lui) una sola tipologia di tecnica (che, nel bene e nel male, lo ha reso famoso tra le persone FtM incontrate) e che lo stesso chirurgo plastico, in sede di intervista, descrive con particolare orgoglio (sostenendo di essere l'unico ad effettuarla). Al contrario, il comportamento consigliato dall'ultima versione degli *Standard of Care* della World Professional Association Transgender Health (WPATH) è il seguente: “Idealmente, i chirurghi dovrebbero essere informati riguardo a più di una tecnica chirurgica per la ricostruzione dei genitali in modo che, dopo il consulto con il paziente, siano in grado di scegliere la tecnica ideale per ogni individuo. In alternativa, se un chirurgo è specializzato in una singola tecnica e questa procedura non è adatta o desiderata da quel paziente, il chirurgo deve saperlo informare su procedure diverse ed indirizzarlo ad altro chirurgo in grado di applicare quelle tecniche” (SOC-7, trad. it., 62).

<sup>20</sup> La ginecologa del MIT, in sede di intervista, afferma che, a causa della mancanza di risorse, le persone operate per riassegnazione di genere sono circa una al mese, con una lista d'attesa di circa quindici mesi. Su questa possono inoltre influire le ordinarie urgenze del reparto di afferenza (Clinica Ostetrico-Ginecologica).

<sup>21</sup> Le perizie richieste per legge vengono pagate dagli utenti alle figure specialistiche che le rilasciano e hanno un costo che si aggira attorno ai 500 euro (minimo).

strategie e investimento di energie per ottenerle). La professionalità dello specialista è infatti necessariamente commisurata con il costo della prestazione.

In questo spostamento, in cui il contesto sanitario entra a far parte dell'ambito del libero mercato, anche i rapporti tra pazienti e medici mutano: lo scambio economico sembra dare ai soggetti una maggiore legittimità a far valere le proprie richieste, formulate tenendo conto del desiderio di individualizzazione dei trattamenti già incontrato nel precedente capitolo: "We predict that this move from patient to consumer, and the reconfigurations of agency that such a shift entails, will facilitate the further development of a mass market of male aesthetic surgery consumers" (Holliday e Cairnie 2007, 75). Non è secondario inoltre, il fatto che tale scelta vada a segnare una linea di disegualianza interna alla popolazione trans, le cui tracce si ritrovano sui corpi stessi.

Le storie di Antonio e Claudio ricalcano in parte quanto detto da Guido, ma è sulla loro esperienza che emerge l'ambivalenza rispetto a ciò che, da un lato ha una valenza di *agency*, ma dall'altra dimostra la fragilità del potere contrattuale e la possibilità di perpetuare ineguaglianze sociali che tale condizione può produrre:

A. Io me la son presa molto comoda per l'intervento, perché nella mia mente mi ero strutturato tutto un piano che doveva funzionare così. Io sono un perfezionista e quindi ho dei problemi in più rispetto ad altre persone.

S. *Qual era questo piano?*

A. Era di uscire perfetti. Se dovevo andare in giro "sgarato" con un pezzo di più o un pezzo di meno, no! In più era che non avevo mai soldi. Non mi piaceva il petto. Io come misura avevo una mezza, neanche una prima, però non piaceva perché c'ha quella forma un po' arrotondato, quindi si poteva capire. Certo, la potevano far passare per ginecomastia ma comunque sei uno sfigato se ti tieni la ginecomastia quando sai che la puoi operare, per altro con la mutua. Avevo tutti questi pensieri. Però da vestito stavo bene, tranquillo, mai conosciuto magliette contenitive... Volevo che non ci fossero segni possibilmente, dato che secondo me era fattibile, data la struttura, la morfologia: se trovo uno che mi lascia dei segni mi gira anche il culo, perché va bene uno che ha una terza, ma io no. Per di più pago, quindi. A Bologna mi fecero questa proposta conveniente, che per altro secondo me è stato un "esperimento" che è finito con la prima volta, da quello che ha rifatto tutta la faccia alla Parietti. Lui mi disse: "Equivale a una ginecomastia, ci sono due soluzioni: o lo facciamo in clinica e ti viene a costare un tot (perché devi pagarmi la sala operatoria, la degenza di un giorno, il ferrista, l'infermiere, più me, quindi diventa un tot); oppure te lo faccio in ambulatorio in anestesia locale, prima anestesia da una parte e poi dall'altra". Io gli chiesi: "Ma non fa male?", e lui: "Ma no, lo faccio tutti i giorni a questi ragazzini a cui faccio la ginecomastia nessuno ha mai detto niente, tranquillo è una cosa che si fa". Allora io sono andato a chiedere in giro: ne sento uno, due, tre e l'unico che cercato di dissuadermi era questo chirurgo di Roma che mi disse: "Io non lo farei al mio cane!". Ma lui mi avrebbe fatto pagare 2.000 euro in più, allora decisi: niente sedazione tengo quell'altro. Inoltre mi piaceva più la tecnica di quello di Bologna e quindi l'ho fatto a Bologna. A un certo punto sentivo questo dolore e non capivo se il dolore era vero o era finto, perché mi arrivava direttamente in testa. Io ero sveglio. All'inizio non mi faceva male, dopo un po' mi ricordo che c'era l'estetista, io l'ho guardato e gli ho detto: "Mi dia una mano" e questo mi stringe la mano: "Non ci siamo capiti, mi dia una mano mi dia dell'altra roba perché mi fa male", e lui fa: "Adesso vediamo", il dottore fa: "Sto per chiudere", "Frega un cavolo ti pago di più fammi l'anestesia!" e lui dice: "In effetti c'è un po' di sofferenza cardiaca, facciamola" e l'altro: "Sto chiudendo", "Pazienza, falla, 500 euro in più". Però appena chiuso, appena ha smesso di lavorare in quella zona lì io non ho più avuto male, non ho più avuto un fastidio che fosse uno, non mi ha fatto male, niente drenaggi niente, a posto così. Il giorno dopo

ero già in giro, sono uscito dal laboratorio a intervento fatto e ho fatto la spesa. Sono stato soddisfatto. Questo l'ho fatto nel 2005. Poi nel 2007 ho fatto l'altro e poi ho finito. (Antonio)

S. *Questo medico ti è stato consigliato da altre persone?*

C. Sì, lui a Bologna è un *must*, anche la Parietti è andata da lui. È un chirurgo plastico, fa di tutto e aveva operato anche un ragazzo FtM che era venuto molto bene. Sono andato alla visita mi ha guardato, mi fa: “Guarda possiamo fare tre tipologie d'intervento”. Mi ha dato una vasta gamma di scelta. È soggettiva la questione: io preferisco così. Magari mi metto a dieta, mi faccio un po' di palestra, mi faccio il ritocchino e poi sono a posto, ma non mi interessa neanche, tanto io in spiaggia vado tranquillo. Considera che non sono piatto, si vede, però potrei sembrare uno che pesava 200 kg. Io mi ero informato un po' da tutti, tra l'altro anche su Youtube con dei ragazzi all'estero, io avevo parlato tanto, mi ero proprio documentato sugli interventi in California o in Florida: loro fanno anche interventi di falloplastica e fanno tutto quello che serve. Mi sono informato in tutte le tecniche, ho cercato chi in Italia poteva darmelo: ho visto che a Bologna c'era un professionista accreditato, serio. Sono andato a fare la visita mi ha detto che era fattibile fare quello che volevo fare io. L'unica cosa era che costava veramente tanto perché io da parte avevo il giusto, poco, e lui chiedeva 10.000 euro. Io ho aspettato tre anni, non riuscivo a tirarli su, finché mia sorella quando ha capito che il problema per cui non mi operavo era quello è venuta da me e mi ha detto: “Io ho capito, ti do io questi soldi”. E quindi mi sono operato. (Claudio)

Nel complesso, gli intervistati investono attivamente sui propri corpi, non solo in termini di energie, tempo, aspettative, ma concretamente anche in termini di somme di denaro, capaci di assicurare la buona riuscita di un intervento di successo (e spesso, come Antonio sottolinea, l'affidamento avviene anche sulla base della fama del professionista, costruita a partire dalla notorietà dei pazienti e dal loro grado di adesione a canoni di bellezza accettati socialmente). Soprattutto per questa tipologia di interventi una buona riuscita si misura in prevalenza sulle tracce lasciate sul corpo. Nonostante siano in molti a denunciare la perdita della sensibilità dei capezzoli (e in alcuni casi, del capezzolo vero e proprio per il sopraggiungere di necrosi dei tessuti) la presenza delle cicatrici costituisce la preoccupazione principale per le persone in transito verso il maschile: queste possono compromettere infatti la convalida dello sguardo altrui sul corpo sociale. Scrivono Holliday e Cairnie (2007, 65) a questo proposito: “If it is accepted that the body mediates the relationship between selfidentity and social identity, as Goffman (1971, 36) proposes, then ‘the social meanings attached to bodily display and expression are extremely important in an individual’s sense of self, and his or her feelings of inner worth’”.

Per molti, un intervento ben riuscito è dunque quello che permette di passare da uno stato di maschilità invisibile, insicura, subordinata, costretta (anche fisicamente, dalle fasce per esempio) a una “nuova” maschilità in cui è possibile e desiderabile potersi riappropriare del proprio corpo, esperirlo ed esibirlo, trasformandolo così in spazio di autostima e orgoglio.

La storia di Sergio restituisce, per differenza, il valore di quanto detto fino ad ora, anche a proposito dello spazio di autodeterminazione – mediato dal fattore economico – che le persone negoziano con le figure mediche nell’ambito del privato. Sergio infatti sceglie di

operarsi presso l'ospedale bolognese convenzionato, con un unico intervento di demolizione/ricostruzione di genere:

S. Qui a Bologna io ho fatto un intervento unico. Ho fatto poi un intervento di revisione delle cicatrici a Pavia, ma quello era più un ritocco estetico. Il grosso della cosa l'avevo fatto a Bologna e con quello il cambio documenti. Per me, la fretta di operarmi è nata, più che da un'esigenza personale, dal bisogno di cambiare i documenti perché nel mio lavoro i documenti sono importanti. Io non faccio il barista, che se mi chiamo Giuseppe o Giuseppina, al cliente non gliene frega niente. Io firmo verbali tutti i giorni, vado in tribunale a sostenere i verbali che ho fatto e mi chiamano per nome e cognome.

I. *Se tu avessi potuto cambiare documenti senza operarti, l'avresti fatto?*

S. In quel momento della mia vita l'avrei fatto. A posteriori non sono pentito di essermi operato, ne ho avuto indubbiamente dei benefici. Sia fisici che sociali. Fisici, perché tenere il seno fasciato tutto il giorno... io avevo una quarta abbondante di seno, in certi momenti anche una quinta: tu capisci che o lo fasci oppure non penseranno mai che sei un uomo, perché non puoi avere due tette così... Io per moltissimo tempo della mia vita non ho avuto un corpo, vivevo come se stessi dentro qua ma il mio corpo fosse da un'altra parte, lo proiettassi fuori da me in un regno più immaginifico che reale. Di conseguenza a me di averlo o non averlo... non è mia questa roba, tutto l'insieme, e quindi non è che ci stessi bene. Però probabilmente non avrei fatto l'intervento se non fossi stato obbligato dalla necessità di cambiare i documenti, o almeno non l'avrei fatto così in fretta, avrei preso più tempo per pensarci, per sentirmi più pronto. Perché comunque è stata una forte violenza, io l'ho sentita come una forte violenza e molte volte ho detto che la mia identità me la son pagata col sangue e la carne perché ho dovuto lasciare pezzi di carne e litri di sangue per poter avere un documento col mio nome.

I. *Dal punto di vista medico e dei risultati, gli interventi sono stati soddisfacenti?*

S. La soddisfazione dipende sempre dall'aspettativa. Considera che io son stato il quarto che il chirurgo ha operato. Io ero il quarto che operava: non ho avuto lista d'attesa però. Lo sapevo di essere il quarto, ma in quel momento io volevo i documenti, volevo quelli e sinceramente mi sentivo molto fragile, quindi l'idea di operarmi a Bologna, a casa mia, con la mia famiglia vicino, per me era un valore aggiunto che non sarebbe stato andare a operarmi a Trieste dove magari il professore poteva essere migliore, ma io ero lontano da casa e da chi si prendeva cura di me. La protezione psicologica di essere a casa è stata più importante dell'aver il chirurgo più bravo. Io non li ho visti tutti, ma credo di essere stato quello venuto assolutamente peggio. Fin dall'inizio lui mi aveva detto che avrei dovuto fare un ritocco – e questo è importante e va detto – ma su di me ha fatto un lavoro veramente molto brutto. Il ritocco l'ho fatto a Pavia perché mi è sembrato avessero l'idea molto più chiara di cosa dovessero fare.

I. *Come conoscevi questi medici di Pavia?*

S. Tra di noi si parlava, a quel punto internet c'era, c'era una mailing list, che c'è tutt'ora. Tra di noi ci scambiavamo le informazioni. Il mio migliore amico che aveva fatto l'intervento con M. il mese dopo di me, e anche i ritocchi, non era rimasto soddisfatto: si andò ad informare a Pavia e prenotò anche per me, perché io ero talmente terrorizzato di tornare sotto i ferri che non ci sarei mai più andato, passò parecchio tempo. Mi spaventava l'idea di fare l'intervento chirurgico, a prescindere da dove. Io ho scelto due in uno perché sapevo che avrei avuto paura e temevo che non avrei avuto il coraggio di farlo di nuovo. Io avevo il seno che essendo molto pesante e tenendolo fasciato era sceso e da questa cosa qua tutta scesa, lui aveva fatto un taglio orizzontale – tac! – poi aveva fatto un buco qui, preso il capezzolo e spostato su. Solo che qua il taglio l'aveva fatto orizzontale e orizzontale era rimasto, per cui io avevo due spigoli quadrati e grossi più di un dito. Ho le foto, se ti interessa farti veramente un'idea. Quando mi sono visto la prima volta ho pianto, ho pianto perché ho detto: prima avevo un seno normale – per quanto brutto perché rovinato dalle fasce, quindi molto sceso, molto cadente, non certo il seno di una ragazza giovane che io avrei dovuto avere – però ero normale. Dopo ero un mostro. Ero veramente qualcosa di... A Pavia effettivamente è venuto un bel lavoro, si vede la differenza di mano nelle cicatrici. Non so se c'è stata qualche colpa o se è stata una fatalità, però io il capezzolo destro l'ho perso: è rientrato all'interno invece che essere sporgente all'infuori, e praticamente è come se fosse bruciato. Poi io ho parlato a Pavia anche di questo. Lui mi ha detto: "Io te lo posso tirare fuori, però non sarà mai uguale all'altro. Poi te lo devo colorare con un tatuaggio che con gli anni si sbiadisce". Praticamente mi guarda e mi fa: "Io lascerei così", tra le righe mi ha detto questo. La percezione che ebbi io era che a loro non gliene fregasse nulla di operare gli FtM, perché a Pavia erano specializzati nella ricostruzione di persone che hanno subito traumi: incidenti importanti, gente che

ha avuto sfighe anche grosse, e quindi fanno chirurgia estetica mirata alle persone che hanno problemi di origine traumatica. Loro ci vedevano come gente che in qualche modo se la cercava, che aveva la fissa estetica. Il seno l'ho tolto, e un po' mi manca la sensibilità, molto mi manca, perché io avevo una sensibilità erogena molto forte e quindi ho dovuto rinunciarci completamente. Questa è una cosa a cui non ero preparato.. Non mi era stato spiegato così bene, così chiaramente.  
(Sergio)

Il lungo stralcio del racconto di Sergio offre numerosi spunti sui quali è importante soffermarsi. L'*agency* individuata nei rapporti con i chirurghi per le precedenti interviste – mediata dal rapporto economico – sembra scomparire dall'esperienza dell'uomo, il quale compie, non di meno, scelte precise, dettate da altrettanto precise esigenze. Tuttavia l'*habitus*, che costruisce i limiti e le possibilità del soggetto dal quale tali decisioni emanano, non è estraneo alle richieste della legge (o per meglio dire, delle interpretazioni ad esse date dai giudici). Scorporare il proprio progetto corporeo da tali richieste, decidendo di non operarsi, avrebbe esposto Sergio – di professione vigile urbano – a possibili e, per il diretto interessato, insostenibili discriminazioni. Il prezzo da pagare per poter accedere alla sfera pubblica come corpo (sociale) “completo” e dunque “accettabile” è ancora una volta il sacrificio di parti di sé. Emerge dal vivo racconto la percezione di aver subito una violenza da parte delle istituzioni delegate alla gestione del corpo in transito, tanto attraverso l'imposizione di tempi non corrispondenti al desiderio personale quanto dall'insoddisfacente risultato ottenuto. All'interno di quest'ottica acquista senso l'affermazione di Stryker, secondo la quale il corpo trans post-intervento è necessariamente un corpo *queerizzato* (nella sua accezione di mostruoso), a prescindere dallo sforzo medico di produrre corpi normativi (Stryker 1994).

Rispetto al ruolo del MIT, si nota come in tale frangente esso scompaia quasi completamente dal racconto. Il rapporto con le istituzioni mediche si struttura esclusivamente sulle figure direttamente coinvolte, e il soggetto (patologizzato per legge e, in quanto tale, ospedalizzato), diventa – al contrario di quanto osservato poco sopra – solo “paziente” (perdendo momentaneamente anche quello di “utente” acquisito nel passaggio dal consultorio).

L'intervento di isterectomia – anche se desiderato – porta alla luce ulteriori problematichità. Di fronte alla scelta di asportazione dell'utero, infatti, l'approccio dei più muta, esprimendo maggiori reticenze di carattere tanto simbolico quanto pratico. Al contrario di quanto detto sin qui, non è più in gioco l'anatomia, potenzialmente visibile, del corpo individuale e quindi la sua immagine nell'affacciarsi alla sfera pubblica. Tuttavia, è proprio in tale organo che viene tradizionalmente riconosciuta la sede del sesso biologico femminile, sul

quale non a caso la giurisprudenza ha scelto di accanirsi e dal quale molti affermano di volersi liberare.

Nonostante ciò, per alcuni degli uomini intervistati, questo passaggio richiede un momento di riflessione supplementare. Le ragioni addotte da chi, infine, decide di affrontarlo sono prevalentemente di natura sanitaria. Nel più diffuso discorso medico, infatti, la compresenza dell'organo femminile e dei trattamenti ormonali mascolinizzanti viene definita come potenzialmente pericolosa per la salute, pur non esistendo studi che comprovino tale minaccia in un'ottica di lungo periodo<sup>22</sup>. Sulla base di tale assunzione, l'iter standardizzato del cambio di sesso (proposto nel contesto italiano e dal MIT) dà per scontato che avvenga l'asportazione dell'utero (non senza essere stata preceduta e non senza essere seguita da una terapia ormonale mascolinizzante, che varia dalla fase pre-operatoria alla fase post-operatoria).

Tuttavia, nonostante tale ragione abbia una capacità persuasiva alta, le resistenze e le paure che circondano tale passaggio ricorrono con frequenza nelle interviste. La prospettiva di una menopausa anticipata, per esempio, è descritta come indesiderata, in alcuni casi almeno quanto la presenza del ciclo mestruale (che nonostante la terapia ormonale può riproporsi in alcuni momenti della vita delle persone FtM); il dubbio circa i desideri di genitorialità; più semplicemente, uno stato di benessere ed equilibrio raggiunto nel corso della terapia ormonale che si teme di alterare. Le storie che seguono sono in questo senso esplicative:

Questa [l'isterectomia] la volevo fare da sola anche perché emotivamente è una roba più pesante, perché comunque ti operano un organo vitale che ti cambia un equilibrio interno, non può non essere così. Non è che sento di avere qualcosa in più o meno di prima, però è come se sentissi un assetamento differente e un equilibrio diverso tra le cose. Ora ho trovato un equilibrio, ma c'è voluto del tempo perché si assestasse, che capissi effettivamente come stavo, che non mi sentissi più male non avessi più la paura. Perché una cosa che non ti raccontano mai quando ti dicono di queste operazioni è che tu dopo hai una via chiusa: è stranissima la sensazione di avere una via chiusa, perché tutto il resto del corpo è dinamico. E poi lo senti, per esempio nel rapporto sessuale lo senti. Io con alcuni ne ho parlato, ma se non hai rapporti sessuali penetrativi non hanno mai sentito questo fastidio, io invece l'ho sentito per molto tempo. (Guido)

Claudio è seguito in privato per l'aspetto endocrinologico dalla stessa professionista che, come ginecologa, effettua gli interventi di isterectomia all'ospedale Sant'Orsola-Malpighi, secondo quanto stabilito dalla convenzione con il MIT. L'intervista del ragazzo offre uno sguardo ampio che interseca le molteplici problematiche legate alla tipologia di intervento: nello specifico, il difficile rapporto con la figura medica. In effetti, l'approccio standardizzato

---

<sup>22</sup> La mancanza di studi in questo senso – evidenziata dalla letteratura endocrinologica consultata per il presente studio – è stata confermata nel corso del già citato convegno di Verona dall'intervento del dott. Bonadonna, secondo il quale esistono studi su casistiche di cancro misurate solo su persone trans operate.

ha ricadute molto concrete e negative sul corpo del ragazzo. Claudio, i cui dubbi restano inascoltati, subisce in tale rapporto una completa infantilizzazione (la dottoressa riconosce come interlocutrice alla pari solo la sorella maggiore che investe arbitrariamente del ruolo di tutrice). Egli viene così privato del seppur minimo spazio di contrattazione e scelta sul proprio corpo, sulla propria sessualità e su eventuali future scelte procreative. Esattamente come è stato osservato nel paragrafo precedente circa l'approccio medico alla ricostruzione delle neovagine, il sapere medico stenta a considerare esperienze di vita esterne alla norma eterosessuale. In particolare, è il tabù della gravidanza in un corpo maschile (forse più ancora della capacità di fecondazione di una donna trans) a strutturare l'habitus dei saperi medico-legali e ad acquisire uno spazio maggiore anche del benessere della persona stessa:

C. Io ho avuto una paura allucinante per l'isterectomia, perché le ho detto: "Mi può spiegare? Avrei piacere di sapere: la vescica viene toccata? Scende una volta che non c'è più l'utero e le ovaie?". E più le facevo queste domande e più lei non mi rispondeva, era stufa: io non volevo sottopormi all'intervento così, quindi ho chiesto a mia sorella – visto che è medico, e a un medico avrebbe risposto – se poteva fare lei queste domande. La dottoressa sapevo per certo che è bravissima, in più è gratuito, ma io volevo sapere (visto che è un intervento che faccio a 20 anni e vorrei arrivare ai 60!): una volta tolto utero e ovaie, qua c'è dello spazio, quello che c'è sopra l'intestino nel tempo c'è il rischio che ci sia un prolasso di tutto questo materiale? Ho guardato su internet come fanno gli altri, che fanno delle specie di bretelle di carne per tenere su l'intestino: è un po' complicato. Poi anche la vescica è in una posizione scomoda, di solito la spostano leggermente. Volevo chiederle alcune cose che però non sono le domande che *loro* ti ritengono deputato a fare. E io ci sono rimasto male perché comunque io sarò pignolo, darò fastidio, però ti chiedo una cosa che fa parte del tuo lavoro, me la devi dire! Ho chiamato la sua segretaria per chiedere se la dottoressa avrebbe potuto rispondere telefonicamente alle domande fatte da mia sorella, siccome lei mia sorella la conosce già perché tutte le altre volte che avevo bisogno di farle delle domande e non mi rispondeva mi portavo dietro mia sorella... Lei probabilmente ha troppe persone da gestire, però è anche un diritto della persona sapere. Quindi io feci telefonare da mia sorella: avevo fatto un foglietto con dieci domande alle quali non mi aveva risposto. Lei nella sua testa può pensare che tutti gli FtM tendano solamente ad avere un rapporto sessuale di tipo attivo e non passivo, quindi cosa te ne frega delle dimensioni che hai *qua* [riferendosi al canale vaginale]? Io tutt'ora non ho una risposta certa di quanto abbia ridotto il canale. Io dopo l'intervento non ho fatto una visita ginecologica perché aspettavo che me la facesse lei, che mi ha levato i punti, ma non mi ha guardato minimamente: suppongo vada tutto bene. Se avessi avuto dei problemi gliel'avrei detto, ma non mi hai proprio guardato! È allucinante! Come anche sul tipo di terapia sostitutiva che avrei dovuto prendere perché comunque tu saprai: vai in menopausa a 25 anni! Mi vuoi dire se devo prendere un po' di magnesio? Io gliel'ho chiesto e lei ha detto: "Si vedrà lo vuoi sapere adesso che non ti sei neanche operato?".

S. *Tu da subito avevi deciso di fare questi interventi?*

C. Io ho fatto l'intervento perché avevo dei problemi, cioè non mi si assorbiva più il testosterone. Ho chiesto alla dottoressa se era vero oppure no che nel tempo poteva diventare una neoplasia utero ovaie, perché io avevo delle cisti e lei mi ha risposto: "Non lo so, non c'è letteratura, è consigliato toglierle". Allora ti trovi che hai dei problemi e questa non te li sa risolvere, ti dice io mi opererei così tagliamo la testa al toro, le chiedi se può diventare un tumore o no e questa ti dice: "Non ti so dire, non ti so dare una risposta, decidi tu, devi decidere tu, perché non c'è letteratura nel merito: tendenzialmente si consiglia di fare l'operazione". Io figli non ne avrei sicuramente voluti, però il fatto di doverlo decidere adesso, a 26 anni anziché a 35 anni, per me è stato un po' brutto, avrei aspettato un po' perché comunque io mi sono dovuto trovare a prendere una decisione per la quale non ero effettivamente preparato. Spero di non averne rimorso, ormai è andata così. Cerco anch'io di non pensarci, però è brutto perché comunque sia io mi sono dovuto privare di una cosa che magari avrei... anche perché la mia vita in questo momento è molto cambiata stando con M. Prima di M. non avrei mai detto di poter stare con una persona MtF, quindi se non ho mai detto



questo, forse non avrei mai potuto dire neanche altro. Adesso non lo posso più considerare. Non è colpa della dottoressa, non ha colpa in questo, però il suo atteggiamento non dovrebbe essere questo, non doveva essere: non ho modo di aiutarti in questo e l'unico modo è che ti cavi via l'utero.

S. *Tu non hai pensato di chiedere un parere a qualcun altro?*

C. Sinceramente mi sono capitate tante cose addosso: mi è tornato il ciclo, perché questa mi ha staccato gli ormoni perché io non stavo bene e lei non sapeva come fare: avevo paura che questa cosa del ciclo tornasse. Avevo anche il problema dei documenti. Mettici tutta questa valanga di cose che mi è successa, e ho detto: "Sai cosa c'è? Lo faccio". Ho anche pensato: finché è gratuito, perché poi anche qua non si sa più per quanto sarà gratuito. Se non avessi avuto il pericolo del ciclo, io me le sarei anche tenute [le ovaie], o per lo meno per altri cinque anni, per me non era un'esigenza levarmele. Io ti devo dire di sì, per me sarebbe stato uguale. Anzi ti dico di più: che se fossi stato bene con la terapia, non avessi avuto problemi di ciclo o robe così, forse non essendo neanche in menopausa, forse starei meglio.

S. *Adesso quale è un problema che tu hai?*

C. Prima avevo il disagio di avere un problema con la terapia ormonale e non stavo bene perché mi si sono gonfiati tutti questi globuli rossi e bianchi. Potevo aspettare cinque anni in più, magari alla fine l'avrei fatta comunque l'isterectomia ma magari l'avrei fatta fra cinque anni o fra dieci anni: cioè mi è scociato il fatto che mi sono trovato in un imbuto nel senso che l'unica soluzione che mi era stata prospettata era quella, altrimenti dovevo beccarmi tutte queste problematiche incredibili. È che lei vuole fare tutto standardizzato: vuol fare questo questo e questo. Lei non si è messa nei miei panni, non ha pensato che io forse realmente come esigenza potevo risparmiarmi un intervento chirurgico in anestesia totale, la complicità successiva sia psicologica che fisica, perché psicologicamente... cioè nessuno si mette nei panni però diventa difficile. Se uno può risparmiarselo, o per lo meno prostrarla una cosa del genere forse lo fa volentieri. (Claudio)

Il tema della sterilizzazione forzata (fronte di battaglia per moltissime associazioni trans in tutto il mondo, che a ragione individuano in tale pratica invasiva e irreversibile una violazione dei diritti umani da parte dei governi che la impongono<sup>23</sup>) emerge con maggiore evidenza nelle interviste delle persone in transito verso il maschile. Tale richiesta, posta dalle istituzioni come requisito per il riconoscimento del corpo sociale (sulla base dell'assunto che i genitali debbano corrispondere all'identità di genere e sul tabù che l'atto procreativo non possa avvenire fuori da un corpo socialmente riconosciuto come femminile), viola il diritto di autodeterminazione, non solo rispetto all'opportunità, ma anche alla temporalità di tali operazioni. È infatti ipotizzabile che l'aumentare dell'evidenza di tale problematica risenta anche del progressivo abbassamento dell'età di coloro che si riconoscono nell'esperienza trans e che si trovano a dover compiere, anche prematuramente, scelte legate a eventuali futuri progetti riproduttivi (che per i casi incontrati si concludono prevalentemente con la rinuncia a tale diritto). In questo senso, l'impreparazione e la rigidità del contesto tanto culturale quanto legislativo italiano (anche in tema di crioconservazione dei gameti) ha un peso in negativo rispetto all'esercizio del diritto di procreazione delle persone trans (tale operazione è possibile infatti ad oggi solo nel settore privato). Conferma di come la tematica stia acquisendo

---

<sup>23</sup> Per uno sguardo sul fronte della battaglia contro la sterilizzazione forzata delle persone trans in Europa si faccia riferimento al sito dell'associazione Transgender Europe (TGEU): <http://tgeu.org/tag/forced-sterilisation/>. Per una panoramica europea sui Paesi che richiedono la sterilizzazione per il cambio del nome anagrafico sui documenti cfr. Appendice 3.

maggior considerazione anche da parte dei saperi medici italiani, arriva da un contributo – presentato in occasione del convegno ONIG presso l’Università di Milano Bicocca che si è svolto il 10 e l’11 marzo 2016 e dal titolo *Prospettive di ricerca sulla varianza di genere nel ciclo di vita* – intorno al tema della riproduzione delle persone transessuali e transgender. Il team di medici proponenti ha infatti affermato:

“Il desiderio di procreazione è presente in numerosi individui transessuali e l’aspetto della preservazione dei gameti deve essere affrontato prima dell’inizio della terapia ormonale. Molti soggetti MtF e FtM al momento della transizione sono in età fertile; spesso, soprattutto dopo la transizione, hanno relazioni stabili e come qualunque altra coppia possono desiderare un figlio. Le linee guida internazionali del WPATH e quelle dell’Endocrine Society stabiliscono che la persona transessuale deve essere resa edotta del problema della fertilità prima di iniziare qualsiasi trattamento ormonale”<sup>24</sup>.

Sull’argomento si sofferma Francesco, bolognese 25enne coinvolto in una relazione stabile con una ragazza cisgenere:

F. Io sono combattuto: prima di cominciare la terapia ormonale a livello di riproduzione, se così lo vogliamo chiamare, c’era la possibilità di congelare gli ovuli. Il problema è che io fino a un mese prima di prendere testosterone prendevo un farmaco che mi faceva venire le mestruazioni perché quasi non le avevo. Per cui ho detto: se io voglio congelare un ovulo devo fare una terapia femminilizzante di nuovo? Allora no. Perché i follicoli maturano e diventano ovuli: io avevo molti follicoli, ma non erano ovuli maturi, per cui anche se avessi voluto prendere un ovulo e congelarlo avrei dovuto aspettare: ma in Italia lo congelano, ma qui non puoi fare l’eterologa. Alcuni si sono informati all’estero: te lo congelano, ha un costo. Mi sono posto il problema della procreazione perché parlandone con la psicologa è venuto fuori. Lei mi aveva detto: “Se hai intenzione di fare questa cosa lo deve fare prima della terapia ormonale”. Mi ha toccato una giornata, una giornata ci ho pensato perché comunque anche prima non ho mai avuto il pensiero.

S. *Tu pensi al tuo utero come a un organo di riproduzione?*

F. Diciamo che vedevo gli ovuli come materiale genetico, non come apparato riproduttivo. L’utero, l’apparato riproduttivo non l’ho mai considerato, zero. È più che altro un punto di vista di salute, perché con il fatto che si atrofizzano le ovaie, che continui a produrre estrogeni: io non vorrei che questo continuo combattimento fra testosterone ed estrogeni alla lunga mi desse dei problemi, quindi io penso al livello di salute. Voglio stare bene. Non ho dei motivi per il quale tenerli ma anzi ho dei motivi che per me sono fondati di toglierli, a livello di salute secondo me non ha molto senso tenerli [gli ovuli] per troppo tempo. (Francesco)

---

<sup>24</sup> Cfr. Stefania Bonadonna (Referente Regione Lombardia AME - Associazione Medici Endocrinologi), Clara Mandelli (Almamed Studio Medico Polispecialistico), Alberto Caputo (IES Istituto Evoluzione Sessuale, Milano), *La riproduzione*, in *Abstract Book Comunicazioni libere - Simposio endocrinologico*, Convegno ONIG *Prospettive di ricerca sulla varianza di genere nel ciclo di vita*, 10-11 marzo 2016, Milano Bicocca, pp. 21-2. (Si considera degno di segnalazione il fatto che nello stesso convegno, il previsto simposio sulle tecniche chirurgiche è stato annullato a causa di mancanza di proposte di intervento. Un segnale che, a parere di chi scrive, sottolinea la mancanza di interesse ed investimento dei chirurghi alla formazione e all’informazione sul tema). L’argomento della procreazione è stato inoltre oggetto di intervento da parte della dottoressa Petra De Sutter (Dept. Reproductive Medicine, Gent University Hospital, Belgium) con il titolo *Fertility options for trans people*, in occasione della prima conferenza dell’European Professional Association for Transgender Health (EPATH), *Transgender Health Care in Europe* (Ghent, Belgio, 12-14 March 2015).

Da altre esperienze emerge invece la netta priorità conferita alla ricerca di comfort nel proprio corpo, vissuto come spazio di espressione di libertà e veicolo centrale di attraversamento dello spazio pubblico:

L. Io volevo togliermi il seno e volevo togliermi l'utero, perché a me hanno creato veramente tanti disagi. Per ogni persona è diverso: ad alcuni ragazzi non è mai tornato il ciclo, a me sì. Ti rendi conto che dopo due anni che sei uomo, ti trovi nel panico a dover andare da una donna e dire: "Scusa hai un assorbente?". È imbarazzantissimo! Dovevo correre a casa, stavo male, stavo a letto, ero fuori di testa. Poi quando capitava d'estate era il disagio totale. A me per un buon anno e mezzo, due, son tornate...

S. *Dopo che ti sei operato, ti senti che hai raggiunto uno stato di benessere?*

L. È il primo periodo che mi sento libero. Io prima dell'operazione mi son anche un po' chiuso, non andavo in giro, stavo a casa. (Leandro)

La chirurgia costituisce uno strumento (a volte agito, altre subito) di ricostruzione dei corpi, in un andirivieni continuo, mai del tutto fissato, tra la riconferma della norma e la ricerca di mascolinità altre rispetto a quella egemonica (che non appare essere scalfita neanche da ipotetici desideri di procreazione). Scrivono ancora Holliday e Cairnie (2007, 75):

"Painting aesthetic surgery as only and always an oppressive body practice requires the refusal of the interviewees' narratives and their subjective, embodied experiences. Aesthetic surgery is surrounded by a highly complex set of meanings. On the one hand it forces a re-embodiment of the masculine subject (although it would seem that disembodied is only ever something that men should be, rather than are) through a heightened concern with the body pre- and post-surgery".

Delle nove persone trans che si riconoscono in un'identità di genere maschile e che, contestualmente alla terapia ormonale, si sono sottoposti a mastectomia e/o isterectomia, nessuna ha effettuato l'intervento di falloplastica. Le considerazioni che accompagnano questa scelta sono diverse e di carattere innanzitutto pratico: i risultati non completamente soddisfacenti<sup>25</sup> raggiunti dalle tecniche che in tale ambito sono state impiegate, gli alti costi ad esse correlate (per chi intende rivolgersi al settore privato) e, per la falloplastica, le frequenti complicanze ed inevitabili cicatrici costituiscono un concreto deterrente. In Italia non sono molti i centri specializzati e il "turismo medico" che si è sviluppato a livello globale tra le persone in cerca di prestazioni soddisfacenti nella ricostruzione peniena è solo occasionalmente e solo in parte supportato dal rimborso del SSN.

Fatte queste considerazioni, ciò che le interviste rilevano, e che contribuisce a spiegare la bassa richiesta di tale operazione, è anche il livello di soddisfacimento raggiunto grazie alle altre tecnologie del corpo utilizzate, tale da non sentire compromesso il proprio vissuto di

---

<sup>25</sup> La tendenza dei chirurghi italiani che si occupano di "riconfigurazione" chirurgica dei caratteri sessuali gino-androide è quella di affermare che "il risultato estetico è accettabile, se le aspettative sono ragionevoli". Cfr. convegno di Verona citato.

genere maschile. Quanto detto trova riscontro in altre ricerche omologhe, a riprova di come “FtMs in the 21st century seem to be saying ‘Yes, I am man enough’ without any type of bottom surgery” (Yerke e Mitchell 2011, 73). Ed è proprio lo sforzo di inscrivere una nuova maschilità su corpi privi della simbologia maschile per eccellenza a costituire la sfida più grande in cui molte delle persone incontrate si rivelano impegnate:

Quando ho iniziato il percorso pensavo che avrei fatto un intervento per la ricostruzione del pene, un intervento ai genitali: forse perché in quel momento, prima di iniziare il percorso mi sembrava un pacchetto unico, e mi sembrava che per essere un uomo si dovesse avere il pene. Dopo, dato che la mia vita da uomo ce l’ho lo stesso, questo ha cambiato la mia percezione: prima, quando tu sei una donna per te l’idea di uomo è tutto compreso, no? È fatto così, tutto insieme. Però quando tu cominci ad essere te stesso e ti senti uomo e lo sei anche senza, ad un certo punto qualcuno di noi comincia anche a sentire che questo pene non è così tanto legato all’essere uomo, perché l’essere uomo per me è sempre stata una questione del vissuto quotidiano e non una parte genitale. A me dei genitali importa il giusto. Piano piano ho iniziato a ripensare a questa mia iniziale idea, perché poi io ho visto foto, ho parlato con qualcuno che ha fatto l’intervento di falloplastica, all’estero, ma a me ha angosciato moltissimo. All’inizio parlai con un ragazzo che l’aveva rifatto tante volte, perché gli era sempre andato in necrosi: l’aveva fatto prelevando tessuti dal braccio, poi dall’altro braccio, dalla gamba e dall’altra gamba, dalla pancia e alla fine era rimasto senza, dopo averlo fatto cinque volte. Massacrato, rovinato, distrutto e non aveva più neanche i genitali femminili normali, perché a quel punto... Ne parlai con questo ragazzo e per me è stato scioccante. Però altri l’hanno fatto: qualcuno è più o meno soddisfatto. La soddisfazione dipende sempre dall’aspettativa. Anche in questo io forse sono un po’ come per l’aspetto: o sei uomo o sei donna. Io non sono disposto ad accontentarmi, per certi versi, e per altri versi ho sempre pensato che non sarei riuscito a riconoscerlo come una parte mia. Se con gli ormoni mi fosse cresciuto il pene dal clitoride l’avrei “preso” volentieri. Quando [il clitoride] è iniziato a crescermi con la terapia ormonale, è stata bellissima ‘sta cosa. Ma poi ha smesso subito di crescere, non è che abbia assunto queste grandi dimensioni, è finita lì. Però se io devo staccarmi un pezzo di carne da un’altra parte del corpo per attaccarla lì, a me sembra troppo contro natura. Non c’entra la mia identità. (...) Trovarmi una “cosa” attaccata con ago e filo, cucito lì che prima non c’era, che viene da un altro pezzo del mio corpo che è stato massacrato, per prendere una parte... Diciamo che da un lato il fatto che tu viva vestito e non nudo risolve il problema. Se noi vivessimo in un campo nudisti: è l’unica vacanza che non farei mai, mi creerebbe enormi problemi sociali e forse ad un certo punto anche con me stesso, perché ti sentiresti ributtato indietro, perché la gente se vede che hai *quei* genitali lì piuttosto che quelli là ti parla al femminile, anche se sei... Però i genitali a quel punto sono importanti solo per te: nel momento in cui tu ci vivi bene gli altri non lo sanno quali sono i tuoi genitali e quando tu li accetti, chi vuol venire a letto con te li accetta o non ci viene. Non sono mai stato molto disponibile al compromesso. Io sono così tutto intero e non accetto una persona che mi dice: “Sì sei un uomo ma”. Non esiste ma: io sono io così. A me non interessa neanche più essere un uomo, nel senso... a me gli altri mi possono chiamare come gli pare, l’importante è che in questo “come gli pare” io sia tutto intero compreso, che non rimanga fuori qualche pezzo di me perché altrimenti questo è inaccettabile. Per me non è così, ovvio che un uomo debba avere il pene, che io come uomo debba avere il pene, perché io non ce l’ho mai avuto, però ho sempre avuto la vagina. (...) Ci son moltissimi modi di vivere il proprio oggetto fisico “pene”. (Sergio)

Dalle parole di Sergio emerge nuovamente il valore dello scambio intersoggettivo nella decisione attorno all’intervento, che diventa parte costituente del capitale culturale del soggetto, non solo in “negativo” (decidere di rinunciare all’idea di “completare” il proprio corpo maschile come inizialmente desiderato), ma anche in “positivo” (ricostituire un senso di interezza del proprio sé corporeo, del quale non si è più disposti a sacrificare alcuna parte).

Riconoscere dignità al proprio corpo individuale – convalidato anche dai diversi contesti esterni – porta a rifiutare un “pezzo”, un “oggetto” (riportando i termini utilizzati dagli intervistati per riferirsi a ipotetici falli) che, nella nuova geografia del corpo faticosamente costruita, viene percepito come estranea e potenzialmente foriera di ulteriori sofferenze fisiche:

Io non prendo neanche in considerazione di farmi plastiche, perché sono iter medici e chirurgici che ti disfano. Se potessi comprarlo on-line me lo farei recapitare a casa, ma così no. Già secondo me mi son demolito più che a sufficienza. Sento di avere delle cicatrici, quello lo sento, forse perché prima non ero mai stato in ospedale e non avevo mai subito un intervento, non avevo mai avuto interazione con l'ospedale più di tanto. Invece adesso me le sento proprio, come se fossi il soldato che torna dalla guerra: la sensazione è un po' quella. (Guido)

Diverso l'approccio di Leandro, che fa un investimento simbolico sul membro maschile simile a quello visto precedentemente per alcune donne trans nei confronti della neo-vagina. In tale aspirazione, non è probabilmente estraneo l'orientamento omosessuale cui il ragazzo approda al momento dell'intervista, come non è estranea la questione economica. Anche la maschilità che si desidera esprimere anche attraverso la presenza di genitali maschili è qualcosa che il soggetto deve potersi “permettere”:

Io adesso sto valutando di fare la falloplastica, mi voglio mettere in lista perché mi hanno detto che ci vogliono tre, quattro anni. Per ora in Italia, poi si vedrà, anche perché adesso non ho un soldo, non potrei permettermi l'estero. Sono un po' combattuto, perché io fisicamente della falloplastica, quello che mi attrae, è che io vorrei vedermi uomo al 100%: parlo di estetica, perché come fisicità ancora non ci siamo arrivati... Il mio obiettivo è vedermi uomo al 100%, non essere più a disagio con la mia *lower part, lower body!* Io mi vedo uomo. Adesso io guardo anche gli uomini e se c'è qualche ragazzo gay che mi guarda, mi fa un apprezzamento, vedo che dal suo atteggiamento gli piaciucchio, io mi sento lusingato da questa cosa, non ho più il timore che mi veda femminile, o comunque se anche percepisse qualcosa legato al mio passato – che comunque c'è – non mi disturba più. Se un ragazzo gay fosse interessato a me e a me piace, è giusto così, perché comunque io sono FtM: meglio che lui lo sappia, che mi conosca per quello che sono. È inutile dire che non è facile, perché la comunità gay in generale (e ci sono delle eccezioni) è una comunità fallocentrica. E allo stesso tempo, io – non mi vergogno a dirlo, anche la psicologa me l'ha detto – anche io sono fallocentrico. Io ho trovato una tecnica a Belgrado – poi le informazioni sono sempre su internet, su siti in slavo – che prende un tessuto anziché dal braccio e dalla gamba, che rimane scorticato, dai muscoli della schiena e dal fianco: c'è una cicatrice lunga che però non si vede a lungo andare. E in più, mi sembra di aver capito, che esteticamente hai un fallo, però ti lascia anche la clitoride nascosta e questo ti permetterebbe di avere il risultato estetico. Magari non ti permette di urinare in piedi, ma quello è relativo (la maggior parte delle volte i bagni hanno le porte, quello te la riesci a gestire, non è un problema, perché fai anche altro in bagno, quindi ci sta, e poi ci son tanti uomini che pisciano da seduti, quindi non è mai stato un grosso problema quello). Con quella tecnica ti permetterebbe di avere il risultato estetico e di mantenere la sensibilità. Poi c'è anche da dire che ci son tanti modi di fare sesso. Mettermi in lista lo farei per fare questa visita a Trieste per capire cosa fanno là: lo farò, è una chiamata che devo fare, poi mi faranno questa visita dove almeno, anziché leggere informazioni su internet, c'è il chirurgo che mi spiega. Però tutto preso con le pinze, perché alla fine potrebbe anche essere una tecnica meno arretrata di altre. L'unica cosa che puoi fare è andare su internet e cercare di reperire informazioni: capiti in mani buone ma capiti anche in mani meno buone. Io porto il packer, io non vado in giro senza, ma perché comunque io mi sento un uomo e non voglio che la gente mi guardi, neanche per cercare di

capire e comunque anche se sanno che sono un FtM, per me, per come sono io... perché io sono un fallocentrico! (*ride*) Mai uscire senza! Mai uscire senza deodorante, gel, ma anche senza quello. (Leandro)

Quella espressa da Leandro potrebbe essere interpretata anche come necessità di congruenza, non solo tra il proprio vissuto di genere e il proprio corpo, ma anche tra il corpo e gli spazi pubblici e intimi attraversati. Tra queste due dimensioni però le persone incontrate sembrano tracciare una linea di differenziazione cui corrispondono aspirazioni e gradi di benessere diversi. Lo spazio intimo è uno spazio nel quale la visibilità del corpo nudo è descritta come problematica, ma all'interno del quale il soggetto esprime, insieme a molte riserve e resistenze, anche una propensione all'affermazione di un'interezza e un'integrità a prescindere dall'aspetto anatomico. Lo spazio pubblico, e certi spazi pubblici in particolare, sollevano non di meno preoccupazioni diffuse. Per esempio, analogamente al tema della spiaggia, anche quello dei bagni pubblici è uno dei *topic* maggiormente frequentati dalle narrazioni trans. Le toilet pubbliche sono luoghi dove pubblico e privato si intersecano e si sovrappongono, luoghi immaginati per corpi segregati dal punto di vista biologico in maschi e femmine, adibiti nel rispetto di precise norme sociali e di genere e intorno alla cui regolazione ruota una parte importante dei processi di disciplinamento e controllo sociale<sup>26</sup>. Essere percepiti come trasgressori all'interno di tali spazi potrebbe, allora, risultare ancora meno accettabile, per due ordini di motivi: da una parte, perché si mette "in discussione l'applicazione di genere sull'uso dei genitali"; dall'altra, perché si mettono in discussione i confini stessi del corpo.

"Poiché dai saperi medici deriva la consuetudine di sovrapporre l'identità individuale con la forma dei genitali, e poiché all'uso che dei genitali si fa, si fa seguire un preciso copione di genere, l'ingresso di persone dal genere (e dai genitali) indefiniti, è foriero di sensazioni di disordine e ansia in uno degli spazi dove convenzionalmente l'ordine discorsivo e corporeo eterosessuale è affermato con più forza" (Casalini e Voli 2015).

Le persone transessuali, transgender e in generale tutte le persone la cui immagine di genere appare come non conforme alla norma binaria dei sessi hanno difficile accesso a queste tipologie di spazi (un altro esempio in questo senso sono gli spogliatoi delle palestre, o i camerini nei negozi di abbigliamento) per il loro potere di destabilizzare la norma della corrispondenza sesso/genere.

---

<sup>26</sup> È di maggio 2016 la notizia che l'amministrazione Obama ha preso posizione sui diritti delle persone trans, indicando a tutte le istituzioni scolastiche americane di consentire agli studenti transgender di utilizzare il bagno corrispondente all'identità di genere sentita (Cfr. <http://www.nytimes.com/2016/05/17/us/politics/obama-defends-transgender-directive-for-school-bathrooms.html>).

“Date queste difficoltà ad usare le toilet pubbliche, molti transessuali confessano di cercare di evitarle il più possibile e alcuni hanno persino dichiarato di soffrire di problemi ai reni o di infezioni urinarie derivanti dal trovarsi spesso a non poter ricorrere al bagno pubblico (...). Oltre che un comportamento che alla lunga crea anche possibili danni alla salute, l'uso dei bagni pubblici è quindi un fattore importante dello ‘stress da minoranza’ e l'impossibilità di ricorrervi per evitare aggressioni verbali e fisiche può costituire una limitazione nella libertà di movimento nei luoghi pubblici (...) e, in altre parole, nell'accesso ad una piena cittadinanza” (Casalini e Voli 2015).

Poter dunque attraversare tale dimensione in modo congruente con l'ambiente circostante può essere elemento di (auto)definizione di benessere. In questo senso, il “packer”<sup>27</sup> è un dispositivo di mascolinità che nello spazio pubblico può offrire sollievo rispetto alla paura di non “passare” (e alle reazioni che questo potrebbe provocare nell'ambiente circostante, a seconda degli spazi che si attraversano). Scrive Davy a questo proposito: “The impression of a penis, rather than actually having a penis, is significant in social spaces and thus, for the social body” (Davy 2011, 92).

In generale, è possibile affermare che l'aumento delle caratteristiche, in termini qualitativi e quantitativi, del genere desiderato, crea un maggiore comfort con il corpo individuale e sociale, e una conseguente attenuazione dell'attenzione prestata al proprio corpo e alle performance di genere che per suo tramite i soggetti veicolano: in alcuni casi fino all'invisibilizzazione che la normalizzazione del corpo, perseguita da molte persone trans attraverso gli interventi, rischia di creare.

Per quanto è stato sin qui esposto, risulta dunque problematico vedere la chirurgia solo come dispositivo di “cura”, finalizzato all'omogeneizzazione o al desiderio di conformarsi alle norme culturali dominanti, o, all'opposto, come procedura puramente estetica. È vero tuttavia, per mutuare le parole di Fusaschi (2008, 10) che il corpo “diventa un complesso di desideri e di parti componibili” che concretizza tentativi di creazione di nuove espressioni di (trans) maschilità e femminilità, in contrapposizione, ma anche in conformità con quelle tradizionali. In tale processo ruolo centrale è giocato dalle scelte operate sui corpi, che si rivelano ricche di informazioni sulle relazioni di genere e dotate di un grande potenziale di trasformazione sociale (Halberstam 2005).

## **2. Un transito tutto per sé**

In questo paragrafo si attraverseranno principalmente le esperienze e le ragioni delle persone che non si sono sottoposte a interventi di “riassegnazione” chirurgica del genere e che – anche

---

<sup>27</sup> Cfr. al quinto capitolo, paragrafo 1.2.

attraverso la chirurgia estetica – hanno costruito percorsi *gendered* ai confini o fuori dai più tradizionali contesti e iter medicalizzati che regolano i transiti di genere. Ciascuna di queste storie incarna ulteriori dimensioni dell'esperienza *transgendered* e mette in luce le strategie per l'affermazione di scelte di autodeterminazione attorno al corpo che prescindono, aggirano, o rifiutano i processi di reinserimento medico-legale nello spazio pubblico, in alcuni casi mettendo in campo pratiche di contrattazione con le tecnologie biomediche (la chirurgia plastica ed estetica in particolare), in altri rifiutandole.

In particolare, le esperienze qui considerate si pongono, in maniera più marcata delle precedenti, all'interno di uno spazio altro rispetto al dispositivo di identificazione di genere binario. In questo contesto viene sottratto terreno al registro di "restituzione" di un supposta "autentica" e "innata" identità di genere (che avviene attraverso un iter di "cura" di una specifica patologia). Tutto ciò annulla o riduce il percorso di autodeterminazione dei soggetti (un processo speculare al discorso medico, ampiamente circolato anche nella galassia trans, del "corpo sbagliato") (Cuccio 2013, 102). Queste esperienze, inoltre, si snodano al di là di percorsi predefiniti, senza inizi e conclusioni predeterminate, ma anche oltre le dicotomie soggettività/normalizzazione e resistenza/controllo. Scrive ancora Giorgio Cuccio (2013, 103):

"La definizione di 'donna che diventa uomo' pone l'accento sul dato di partenza – 'naturale' – che rimane più forte e pregnante rispetto alla scelta di autodeterminazione. La mancanza di narrazioni alternative mi costringe ogni volta a lunghi e complicati giri di parole e ho spesso a sensazione di una soggettività 'muta' (...). In questi anni si è visto come alla fluidità rispetto ai modelli di genere è corrisposta una diversificazione delle corporeità trans. Il corpo non deve più aderire rigidamente ad un modello di genere che ne è premessa e conseguenza, ma può assecondare i desideri e le esigenze delle persone al di fuori di percorsi e schemi costituiti. In questo senso è apprezzabile lo sforzo di quella parte della comunità scientifica nel trovare assieme al soggetto percorsi individuali che rispondano alle sue reali necessità, affrontando la sfida dei nuovi interrogativi che i/le trans stanno ponendo".

Seguendo dunque il filo del ragionamento di Cuccio, i percorsi di vita selezionati per questa parte del lavoro dimostrano come "l'approccio critico verso la chirurgia è una possibilità che le persone trans si sono autolegittimate" (Cuccio 2013, 104) attraverso atteggiamenti, più che di conflitto, di creatività rispetto al proprio corpo e ai propri progetti di transizione.

Questo processo è particolarmente evidente nelle esperienze che per ragioni anagrafiche hanno preceduto la legge. Afferma Silvia, cinquantenne bolognese:

D. *Quando hai iniziato la terapia ormonale tu avevi in mente di fare altri cambiamenti?*

S. Sì, sì. Addirittura prima degli ormoni avevo già intenzione di mettermi a posto il naso: mi ricordo che era stata una delle prime cose quella dell'estetica del viso, del naso. E invece l'ultima cosa che ho fatto è stato il seno: ho fatto le protesi qualche anno fa, nel 1990, molti anni fa!



Comunque la prima cosa che mi ricordo bene è il naso: forse stavo appena cominciando gli ormoni. Anche lì tramite le amicizie: c'erano dei dottori che erano più bravi, quelli meno bravi: magari uno sapeva fare bene una cosa, un altro sapeva far bene un'altra. Quindi tu vedevi anche i risultati delle altre amiche di Firenze per esempio, delle altre città e quindi ti spostavi. Io ho scelto il mio medico perché ho visto dei buoni lavori tramite delle mie amiche. Io sono andata a Firenze, da uno di quelli famosi. Ho fatto il naso, il seno, ho fatto qui (indica gli zigomi, nda), anche delle punturine di silicone, allora si faceva. Adesso è vietatissimo allora si poteva fare: ho fatto qualche puntura, sempre da quello del naso.

D. *Tu avevi degli obiettivi che mano mano perseguivi?*

S. Sì, te li crei magari, vedi delle persone, scopri delle cose nuove. Anche ultimamente saltano sempre delle cose nuove: io adesso non mi interessa più anche per l'età, però si scoprono sempre delle cose nuove tramite le amiche, i giornali.

D. *Tu avevi pensato di fare l'intervento?*

S. *Sotto dici?* No quello non ci ho mai pensato.

D. *Perché?*

S. Prima di tutto perché non sono sicura del risultato dopo. Molti, anzi la maggior parte sta bene per fortuna, però mi ha fatto sempre una gran paura perché non è come una cosa estetica, lì vai proprio a toccare anche la salute della persona e quindi quando io ho cercato di raggiungere il massimo che vedevo della femminilità, io mi sono fermata lì, non ho voluto passare *dall'altra parte*. Dopo cinque-sei anni ho raggiunto quello che volevo, però ci sono volute delle spese, molte spese, perché lì pagavi tutto: anche l'elettrocoagulazione per fare i peli nel corpo, nel viso, pagavi tutto.

D. *Tu dedicavi molta attenzione al tuo corpo?*

S. Moltissimo poi sai cos'è, quegli anni lì erano particolari perché erano gli anni '80, se tu ci fai caso, era un periodo proprio particolare: se ti ricordi Serena Grandi, queste maggiorate. Allora una che mi piaceva molto era Francesca Dellera, la Fenech: queste attrici molto vistose. Erano ritornati un po' gli anni Cinquanta. Mentre adesso è cambiato tutto un'altra volta: allora era ritornata questa cosa molto sensuale della donna e noi un po' ci riferivamo anche al cinema, alle donne che andavano di moda, almeno nel gruppo che frequentavo io. Invece ho notato che i trans di adesso, anche di cinque-sei anni fa, alla cosa estetica ci guardano un po' meno, alla bellezza in sé.

D. *Dici che sono cambiati i canoni di bellezza?*

S. Senz'altro per le donne, è naturale. E poi si vede che si riflettono anche su di noi, sui trans, io penso di sì. Erano molto più vistose, invece se vedi adesso i trans sono molto più... non hanno questo effetto che vedi subito in mezzo alla gente... Io vedevo alcune mie amiche, alle quali era già venuto bene il naso la prima volta e continuavano a farselo anche due o tre volte che poi alla fine era diventato più brutto della prima volta! Era eccessiva! Come il discorso del silicone, che molte si sono rovinate col silicone sui fianchi, sul seno. Perché il problema che è successo anche a me – io l'avevo fatto sui fianchi – è che tende con la forza di gravità ad andare giù col tempo e loro non te lo dicono, i dottori non te lo dicono sul momento: quando poi passano setto, otto anni te ne accorgi da sola perché scende! Però è una cosa che attira sempre, perché ti mette sempre un po' a posto. Allora era un po' una sperimentazione, perché non sapevi cosa succedeva: eravamo un po' le prime che cominciavamo qua, nel nostro ambiente, perché quelle più vecchie di me magari erano già di un'altra epoca, un altro tipo di mentalità e quindi magari avevano fatto solo gli ormoni. Io conosco quelle molto più vecchie di me che facevano solo gli ormoni senza chirurgia estetica, perché avevano pochi soldi. Tu sei sempre convinta di migliorarti, anche quando sbagli, cerchi sempre di migliorare te stessa. Ed invece... Tu puoi essere donna dalla testa, io son convinta di quello, per questo, sentendomi bene così, non ho avuto bisogno di operazioni. Anche se la cosa che mi scoccia molto è che prenderei molti meno ormoni: quello mi dispiace, mi dà fastidio, ma fare l'operazione solo per gli ormoni non vale la pena. Se tu hai già raggiunto un equilibrio così, tanto vale. (...) Se mi devo proprio definire in una categoria "transessuale" direi.

D. *Donna transessuale?*

S. ... non ci ho mai pensato! (*ride*) mi fai pensare tu adesso! Un trans: son rimasta così forse. Donna al 100% no, però in transito ancora! (*ride*). Per me è normale, son rimasta come ero all'inizio. Ho le mie piccole sicurezze: son cose piccole, che però le raggiungi con fatica. Donna no, perché le donne son delle altre cose: io sono un transessuale. (Silvia)

La testimonianza di Silvia è importante perché, nella totale mancanza di una esplicita rivendicazione politica (in senso "trans *pride*") delle scelte compiute sul proprio corpo, riesce

a mettere in evidenza molte delle questioni sopra nominate. Come già osservato per l'esperienza di assunzione di ormoni, i percorsi delle precedenti generazioni di donne trans si snodano in un contesto di sperimentazione, al cui interno grande importanza è assunta dalla mimesi che, nel processo di incorporazione trans, si qualifica come una vera e propria pratica educativa. Non di meno, si osserva un alto grado di *agency*, che oscilla continuamente tra la dimensione individuale a quella collettiva. È in tale oscillazione che Silvia riconosce il carattere situato (nel tempo e nello spazio) della sua esperienza e, al suo interno, della stessa categoria di bellezza femminile, al cui servizio vengono impiegate le tecniche del corpo (Mauss 1936). Come osserva anche Davy: “The research showed how the narratives of transwomen were influenced by the aesthetics of (sub) cultural gender systems which they were (historically) a part of” (Davy 2011, 123)<sup>28</sup>. Ciò che osserva Preciado (facendo qui riferimento al lavoro di Garfinkel) si potrebbe applicare alla storia di Silvia e al contesto da lei descritto: “Il corpo di Agnes, autentico mostro sessuale di *autodesign*, è il risultato della riappropriazione e dell'azione collettiva di certe tecnologie di genere al fine di produrre nuove forme di soggettivazione” (Preciado 2015, 339).

Ciò che qui si vuole evidenziare con tratto positivo – lo spazio di autodeterminazione che si apre nel processo di creazione del proprio progetto corporeo – non vuole tuttavia oscurare le problematiche legate in primo luogo alla mancata tutela della salute delle persone trans e dell'imparità dei rapporti esistenti tra queste ultime e i chirurghi. Queste questioni sottolineano ancora una volta che i corpi – per usare le parole di Holliday e Sanchez Taylor (2006, 192) – “are never fully authored by individual subjects, but are shaped by historical and social conditions”.

Un'ulteriore osservazione che il racconto della donna porta alla luce è l'utilizzo della chirurgia non come mezzo di “cura” e omologazione (fino all'assimilazione) col genere femminile, ma come valorizzazione, secondo precisi canoni estetici, del corpo individuale (“mettersi a posto”, nel senso di prendersi cura di sé, essere “in ordine”). Tutto ciò non prevede tuttavia il “passar dall'altra parte”: la protagonista compie dunque una scelta di non adesione alla norma di genere binaria, a partire da un capitale culturale di genere che si esprime all'interno di quella stessa dicotomia.

Infine, a partire dalle prime parole di Silvia, si vuole sottolineare la disorganicità – rispetto agli iter standardizzati oggi utilizzati – che, all'interno di un ampio spettro di

---

<sup>28</sup> Riflettendo sulla sua stessa estetica del corpo – che si potrebbe definire iperfemminile – e sul carattere storicamente definito dei canoni di bellezza, una delle donne trans intervistate afferma: “Sono una trans ‘anni Novanta’”.

possibilità, può caratterizzare le diverse scelte di cambiamento. Un dato questo che è tanto più interessante quanto più presente anche in esperienze molto distanti, a livello di desideri e temporalità, da quella riportata. Tanto per Silvia è la ricostruzione del naso a costituire una priorità (anche rispetto alla terapia ormonale), quanto per Piero (di cui già ampiamente si sono riportate parti del percorso di transizione come utente MIT) la mastoplastica riduttiva rappresenterebbe – a livello ideale, poiché l’iter del consultorio non lo prevede – una condizione sufficiente per la costruzione del proprio progetto corporeo, o, potremmo dire, di un transito “tutto per sé”.

Io avrei una certa impazienza dell’operazione chirurgica: io quella se avessi potuto scegliere l’avrei messa per prima. Anche perché procedendo sempre nella stessa direzione, problemi di ripensamenti io non ne ho proprio perché per me questa realtà che pian piano va avanti è come se non fosse neanche un cambiamento, ma fosse proprio semplicemente una guarigione: come un’irritazione della pelle che finalmente se ne è andata. Non è che pensi: “Devo scegliere di avere la pelle normale”, ma dici: “Finalmente questa storia è finita”. Quindi io sono veramente molto tranquillo ed è logico che una progressione di lungo periodo, tenere un’ovaia che nel tempo probabilmente si atrofizza perché non fa più nulla secondo me è negativo. Quindi io molto pragmaticamente dico: togliamo tutto. Sempre per una questione di maggiore armonia delle cose che fai, di salute, mantenere comunque in potenza una fisiologia che poi va continuamente inibita, credo che crei un contrasto anche a lungo periodo, quindi mi sembra più logico e naturale dire: questo non mi serve e lo togliamo. Una parte del corpo fisiologicamente sana ma completamente inutile, innestata lì non è sana per me e visto che la vita è unica e la vita è mia. Se nasci con sei dita, solitamente il sesto dito te lo tolgono. Io la vedo così. Sicuramente, ad oggi, l’aspetto del seno mi scoccia da morire. L’unica personalizzazione che io avrei richiesto, che sarebbe piaciuto a me – ma sapevamo già tutti che non era nei “patti”, perché non mi potevano accontentare, perché non è così in Italia (se fossimo così in Germania probabilmente sì) – è l’operazione per prima. Io avrei fatto quella per prima. Anzi forse (sempre perché alla fine della vita ogni percorso poi assume un andamento) forse se avessi potuto fare quella e solo quella, forse sarei stato soddisfatto di quella e mi sarei accontentato così. (Piero)

Letti attraverso le parole di Silvia e Piero, i desideri nominati diventano ulteriori percorsi possibili tra i molti già incontrati, nei quali la chirurgia – considerata qui nella sua accezione prettamente estetica – ha la capacità di ampliare il margine di autodeterminazione del soggetto. Tuttavia, Piero si vede costretto – in quanto utente MIT – a rispettare quelli che egli stesso definisce dei “patti” (inesistenti per il caso della donna, che al massimo si presuppone possa aver ricevuto dal chirurgo un consenso informato), evidentemente stabiliti a partire dal non riconoscimento della completa autonomia del soggetto direttamente interessato<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Tale discorso resta valido anche in seguito alla recente sentenza della Corte Costituzionale: questa infatti prevede che la modifica del sesso anagrafico possa avvenire anche in assenza di interventi chirurgici. Tuttavia, coloro che intendono percorrere un iter medico di cambio di genere all’interno del MIT – continua ad oggi ad esistere l’iter standard dell’ONIG e del WPATH, che prevede un periodo di terapia ormonale sotto assistenza psicologica prima di avere il permesso di intervenire chirurgicamente. Naturalmente, diverse sono le condizioni di chi decide di rivolgersi a contesti privati (dove comunque la perizia psicologica che attesta la DG dovrebbe essere richiesta).

Il rifiuto, rivendicato politicamente come tale, della medicalizzazione della propria esperienza trans è quello espresso dalla presidente del MIT, Porpora Marcasciano e da un'altra della fondatrici dell'associazione trans bolognese. È importante dare spazio a tali posizioni, non solo per il loro portato politico, ma anche perché essa si situano con forza nella storia del MIT e del consultorio, andandone a costituire fattore di ricchezza. Come le interviste stesse dimostrano, catalogare tali posizioni “semplicemente” come queer (ovvero come pratica della contestazione e della decostruzione della fissità dell'ordine binario eteronormativo dei sessi e dei generi) significherebbe assegnare una monodimensionalità ad esperienze che presentano invece molteplici livelli di complessità. Il primo dato da ricordare è che anche le storie di Porpora e Viola si situano in un periodo anteriore alla legge 164/1982 (e dunque anche anteriore alla “fondazione” delle stesse teorie queer). Per la prima, inoltre, si afferma un utilizzo della chirurgia che non solo conferma il suo – già sottolineato – tratto sperimentale (fortemente situato nel contesto storico-politico), ma che rivela una polisemia capace, tramite l'esercizio di una piena autonomia sul corpo, di sovvertire i canoni non solo di genere, ma anche del transito. Così ripercorre le sue scelte Porpora Marcasciano, offrendo ancora una volta uno sguardo contemporaneamente individuale e collettivo (e che non a caso fa eco sia al racconto precedente sia a quello che segue):

Tanto ci sarebbe da dire rispetto alla chirurgia estetica, che non era solo quella dell'intervento di cambio di sesso (anzi, quella forse era l'ultimo a cui arrivavano, in pochissime) quanto piuttosto a tutta la chirurgia della plastica, delle plastiche estetiche: il naso, gli zigomi, le labbra. E lì si sono viste gare allo sfinimento, di chi era la più bella, di chi era più perfetta: nascevano i miti. Eva Robin's era l'incarnazione di questo mito. E ogni città aveva le sue. A Bologna non c'era solo Eva: c'era la D., c'era E., ... C'erano delle bellezze che rimanevi estasiata, ma non solo noi, anche da fuori, c'erano proprio i tour per venire vedere le “belle di notte”, perché erano un flash! Io ho provato solo a fare il silicone alle labbra, però fu così doloroso che dovevo farlo sopra e sotto, feci solo il sopra e rinunciai al sotto! Lo feci da un dottore, da un esperto! Io dico: ma come cazzo fanno non lo so! C'era un chirurgo famosissimo, a Firenze e l'altro a Padova: praticamente erano gli unici due che operavano le trans, facevano nasi, zigomi, eccetera. Le vedevi fatte con lo stampino, riconoscevi chi era passata da uno chi dall'altro: tutte con lo stesso naso, tutte gli stessi zigomi! Poi è chiaro che lì le diversità erano in base a come eri fatta, e lì secondo me son stati fatti danni grossi, più delle cure ormonali, perché bene o male le cure ormonali ad un certo punto ti fermavi, ma con la chirurgia questi erano proprio alla catena di montaggio. Tu andavi e non è che loro ti davano un consenso informato. L'importante era che pagassi e siccome in quel periodo le trans di soldi ne avevano, perché la prostituzione era molto molto redditizia, non si badava a spese in fatto di apparire più belle. Poi c'erano quelle che andavano all'estero dai chirurghi più alti nella gerarchia dell'esperienza. Lì già vedevi che era a un livello superiore: le bellissime passavano da quelli. Il Marocco era solo esclusivamente per il cambio di sesso, a Casablanca, e quella è stata l'altra macelleria, anche se comunque ti permetteva la realizzazione di un sogno. C'è chi dice che gli effetti sono stati disastrosi, chi no. Ma paradossalmente anche oggi, perché nonostante l'avanzamento scientifico, noi oggi vediamo quanti errori e sbagli vengono fatti nella chirurgia. Quindi qual è la differenza tra Casablanca e oggi? Forse il numero. A Casablanca ce ne andavano dieci, oggi ce ne vanno mille. Quindi proporzionalmente aumentano i rischi di sbaglio. (...)

Io avevo il seno ma l'ho eliminato. Io ho cominciato gli ormoni a 24 anni: i risultati c'erano ed erano visibili anche nel riscontro esterno. E ho continuato finché ad un certo punto, con l'età si cambia, si ha più attenzione, le esigenze diventano altre. Ho smesso di fare le cure. Poi questa pausa si è protratta: un mese, due mesi, tre mesi, sei mesi... finché ad un certo punto ho proprio

smesso, ho deciso di non farle più queste cure perché non le trovavo positive per me, a livello di salute. Però non è che smetti gli ormoni e va via il seno: il seno ormai ce l'avevo e me lo tenevo. Allora che succede, che o tu ci stai appresso periodicamente, e quindi fai le punture, oppure cominci un po' ad allargare la distanza tra te e il tuo corpo. Non era come prima: quando smetti di concentrarti su quel corpo, quel corpo comincia a diventare anche estraneo. Ho continuato a curarlo, con le depilazioni, tutto... però le cure ormonali non le facevo più. Poi ad un certo punto, piano piano, c'era questa sorta di estraneità con una parte del corpo, col seno più che altro, legata anche ad una questione di visibilità, ma una visibilità diversa. Nel senso che ad un certo punto della mia vita ero stanca di essere sempre sotto l'attenzione. Si capiva, si vedeva che non ero una donna, non ero un uomo, che ero una trans? Boh, non so. Quindi gli occhi addosso ce li avevi sempre. Fin quando sono vissuta e avevo coscienza di vivere ai margini, ma quando ad un certo punto decidi anche di entrare in altri piani, in altri livelli... La mia ufficialità è legata al MIT. Quando comincia il nuovo percorso dal '94 del consultorio il mio impegno (che c'era sempre stato precedentemente) diventa più istituzionale, perché per la prima volta gestiamo un servizio. (...) La mia attenzione, il mio impegno, mi distoglievano sempre di più dalle attenzioni di prima: prima il mio mondo ero battere la sera, o quando non scendevo a battere era per divertirmi, far cene, feste, viaggi, eccetera eccetera. Quindi di giorno avevo tutti i tempi dilatatissimi a disposizione e chiaramente ti dedichi alla cura di te, a farti bella, a depilarti, a farti il massaggio, le maschere, eccetera eccetera. Da un certo punto in poi non è stato più possibile per i ritmi incalzanti che richiedeva l'impegno sociale e politico. E quindi era come se sentissi un gap: o ci sto appresso e più o meno tendo ad un ipotetica perfezione, ad un modello, ma se no ad un certo punto, se viene meno quello... e quindi ad un certo punto nel 2001 ci fu la possibilità di fare l'intervento con costi ridotti qui a Bologna, e non ci pensai su e lo feci: tolsi il seno. Perché pure d'estate, andavo al mare, oppure con le magliette... la gente che ti guardava... non so, mi creava problemi. E siccome pensavo che un ciclo si era chiuso, e questo ciclo mi aveva dato tanto, ma ad un certo punto si era esaurito... Era un discorso di cambio di prospettive, di orizzonti. Nelle cose, nelle situazioni non c'è mai una sola causa, ce ne son diverse. Quindi anche in questo mio percorso hanno influito diverse cose. C'è sempre la ricerca dello star bene, e lo star bene molto egoisticamente corrisponde anche allo star comodi: uno deve stare comodo col proprio corpo e col proprio ambiente<sup>30</sup>. Il non aver fatto l'intervento di riassegnazione è un discorso politico più che generazionale, perché nel mio gruppo c'erano quelle della mia età, c'erano più grandi – più grandi, non più piccole – però rispetto all'intervento lo vedevamo come un limite non come... Allora con tutte queste persone noi condividevamo la militanza nel movimento gay. Nonostante eravamo trans, eravamo la parte trans del movimento gay. Eravamo tutto un gruppo, tra Bologna e Roma, e nessuna mai ha pensato all'intervento, ma non per una questione di rivendicazione, ma forse perché noi avevamo un altro sentire, un'altra percezione, un'altra concezione penso. Su questo poi a volte ho paura di peccare di arroganza. Su questo la riflessione nel mondo trans è cominciata ad esserci col MIT: a questo ci tengo e non c'è nessun problema a dirlo. Non mi interessava cambiare sesso, fare l'intervento... Ma il tutto io credo che in quel periodo era molto centrato sulla sessualità, perché noi comunque la vedevamo su quello, molto poco sul genere, come oggi si ragiona. Per cui il tutto si trasformava in vanità, essere belle, essere piacenti, essere riconosciute. Io non prevedo interventi chirurgici, non prevedo che un medico metta le mani sul mio corpo. Io posso parlare in generale del corpo trans, perché per me i passaggi sono altri, è la conoscenza di sé, la coscienza di quello che ti sta intorno, e ci sono mille modi di rendere il tuo corpo, la tua fisicità più vicini a te. Secondo me non c'è

---

<sup>30</sup> Così il chirurgo plastico, evidentemente e saldamente posizionato all'interno di una prospettiva lineare e binaria del transito, racconta il disorientamento di fronte alla richiesta di Marcasciano: "Una persona venne chiedendomi – questo mi scombussolò molto – di ridurre le mammelle, essendo un maschio che era donna. E io lì sono rimasto molto confuso. Perché? Ma come? Ma questo è un maschio, vuole diventare donna, ha un volume mammario – che non è una cosa straordinaria, però è femminilizzante – e vuole rimuoverlo. E non capivo, non capivo, non capivo! Perché ho detto: ma allora questi sono i trans o c'è confusione? Questo ha davvero contribuito a creare una confusione in me. Fa questo intervento, ma io chiedo di questa incongruità. Perché se uno transita deve transitare: è un uomo e vuole diventare donna, transita davvero, se no è in una cosa intermedia, è in una confusione. (...) E la risposta mi ha preoccupato, perché non c'era transito. Non ero convinto del gesto chirurgico e forse mi sarei rifiutato. Ma è stato eseguito questo intervento semplicemente perché lui si presentò poi a livello istituzionale come un uomo che aveva le mammelle, i seni. Allora questa si chiama 'ginecomastia' e il SSN – soprattutto a quel tempo, tanti anni fa, ma anche adesso – se un uomo ha le mammelle femminili, la considera una patologia, una problematica e si interviene con il SSN. Allora lui si presentò ufficialmente al cospetto dell'ospedale come un uomo con le mammelle. Però questo per me è stato il primo momento di...". (Intervista al chirurgo plastico raccolta per questa ricerca).

bisogno della chirurgia, di interventi così invasivi, perché li veramente stravolgi tutto. Però non posso pensare che il mio pensiero, la mia posizione, sia assoluta, perentoria, perché riconosco che ci sono persone che hanno proprio quel bisogno e quindi è sacrosanto, la realizzazione dei propri sogni. (...) Quello che io contesto è il loro approccio, l'arroganza che ha la classe medica in generale specialmente nel nostro paese, quello di sentire di avere in mano la vita, di essere semi-dei. Hanno tutta l'arroganza per avere in mano la vita delle persone. Per questo motivo io sono contro la medicalizzazione. (Porpora)

La storia di vita dell'attuale presidente mette in luce l'ambivalenza che, nella sua accezione positiva, caratterizza il MIT: assicura cioè che all'interno dell'associazione possa essere visibile, non solo attraverso i corpi e le esperienze, ma anche attraverso i discorsi e le iniziative dell'associazione, anche l'opzione non chirurgica dell'esperienza trans e, contemporaneamente, il suo piano rivendicativo. In molte delle iniziative pubbliche animate dal MIT, infatti, la posizione critica espressa dalla presidente circa la medicalizzazione e i saperi medici lascia tracce concrete che hanno la capacità di funzionare da contrappeso rispetto al ruolo più marcatamente istituzionale (ricoperto dal consultorio)<sup>31</sup>. Presenza simbolica nella storia politica del movimento trans è Viola. La donna, che nella prima fase del suo percorso di identificazione verso l'esperienza trans aveva affermato un senso di estraneità rispetto all'estetica proposta da alcune donne transessuali del suo quartiere d'origine<sup>32</sup>, condivide con Porpora la visione radicale del transito, nonostante le differenze delle scelte di modificazione corporee compiute:

*S. Come sei arrivata a decidere di femminilizzare ulteriormente il tuo corpo?*

V. Perché volevo morire da trans e non da 'sta cosa strana. Poi, avendo smesso ormoni molto tempo prima, mi era rimasta la sacca, il capezzolo, però non c'erano più le tette: io volevo le tette, volevo farmi togliere quel poco di barba che avevo, volevo armonizzarmi, volevo stare bene con me stessa. Mi son fatta il seno, ho fatto l'elettrocoagulazione, mi son fatta un po' di siliconi, privatamente.

*S. Avevi dei riferimenti di chirurghi, di medici, a cui rivolgerti?*

V. Allora in Italia era famosissimo L., a Firenze, un chirurgo estetico, solo che lui aveva lo stampino. Tu il naso di L. lo riconoscevi tra centomila: "Questo è 'un' L.", perché bellissimi, tutto quello che volevi tu, ma a stampino. Lui non stava a guardare troppo il resto, lui faceva quello e quello era. Ti ripeto, perfetti, bellissimi, alla francese (che io odiavo): questo era quello che andava. Poi ce n'era un altro a Padova, poi ce n'era uno a Nizza, e poi le romane ne scoprirono uno a Toulouse. Io avevo visto i lavori sulle ragazze fatti da lui, e mi piacevano, era molto meno caro, e in più ti teneva in clinica due giorni e due notti, cosa che non facevano gli altri. Io mi ricordo che quando accompagnavo le altre, me le dovevo portare ancora rincoglionite dall'anestesia. Invece il fatto che questo mi tenesse due giorni e due notti in clinica mi tranquillizzava di più. Quindi andai da 'sto C. e gli sconvolsi la vita, perché per i primi tre giorni io gli ho ripetuto in continuazione che non volevo le tette e ho anche fatto il ritocco al naso (io avevo una gobba e non volevo il nasino). Continuavo a dirgli: "Mi raccomando, al naso solo la gobba!" e lui mi disse anche: "Sì, ma lei ha il setto nasale deviato", e io dissi: "Lei non si preoccupi, lei lo lasci deviato, lei mi tolga solo la gobba". E mi fece anche lo sconto rispetto a quello che mi chiesi per telefono. E le tette: "Mi raccomando non mi faccia la quinta, mi raccomando", il mio terrore. Io ormai avevo scelto qual era il mio stile, non mi sarei mai sentita a

---

<sup>31</sup> Cfr. quarto capitolo.

<sup>32</sup> Cfr. quinto capitolo.

mio agio con un tailleur Armani e le tette. E non volevo essere stravolta, perché io comunque volevo riconoscere mio padre, mia madre e le mie sorelle quando mi guardavo allo specchio, cosa che invece io non vedevo nel mondo trans, perché veramente vedevi delle cose... Non è come adesso che tu vedi siliconi, botox, a quintali: allora erano solo le trans, lavoravano esclusivamente con le persone trans. E lui me l'ha proprio detto – noi parlavamo nel mio piccolo francese: “È la prima volta che mi capita una cosa del genere con una persona trans, non mi è mai successo che mi si inchiodi in questo modo per la paura, anzi, è sempre stato il contrario: tutti mi chiedono le tette e il nasino. Io ho capito, potrò fare il naso che avevamo deciso, solo la gobba; ma le tette io non posso metterle una prima, non avrebbe senso sul suo corpo, quindi io devo guardare un po' il suo corpo, non si preoccupi, che comunque vedrà che sarà contenta”. E così è stato, per fortuna.

*S. Sei stata soddisfatta del suo lavoro?*

V. Molto, molto. Dopo un anno che mi ero fatta le tette ebbi un attimo di indecisione e parlando con C., la dottoressa anestesista, dermatologa, che fa l'elettrocoagulazione, dissi: “C. ho sbagliato, dovevo farle un po' più grandi, almeno una misura in più” – io avevo una seconda e mezzo ed è abbastanza largo – e lei mi disse: “Uno: io tette così belle ne ho viste poche in vita mia e tu sai che ne ho viste tantissime; due: chi ti assicura che verranno così belle? Pensaci bene!”. Io mi sono sempre fidata ciecamente di questa donna, mi sono sempre fidata, messa nelle sue mani, e quindi dico: “Sì, C., hai ragione, lasciamo perdere tutto, mi tengo queste”. E mi son tenuta quelle, e finché non avrò problemi quelle saranno.

*S. Tu non hai mai pensato di transitare?*

V. Dal sesso mio a quello femminile? No.

*S. Né per i documenti, né per desiderio tuo?*

V. No, io son sempre stata orgogliosa di essere una trans. Poi ripeto: mi butto nel fuoco perché chi decide e ha 'sto desiderio abbia il meglio, ma non è la mia storia. (Viola)

Contenendo in sé le riflessioni finora svolte all'interno di questo paragrafo, le parole di Viola aggiungono un elemento di fondamentale importanza. La logica che guida le scelte estetiche di Viola, e la sua misura della bellezza trans, è la conservazione e la rivendicazione della possibilità di continuare a riconoscersi nel proprio corpo, di mantenerne con orgoglio la storicità e la familiarità dei tratti somatici: un discorso opposto rispetto a quello che parla di “restituzione” di un corpo “autentico”, e di cancellazione di un corpo vissuto come “sbagliato”.

Facendo un salto generazionale in avanti, c'è la storia della quasi quarantenne Natalia, già ampiamente riportata in altre occasioni, per la ricchezza di spunti che essa offre. Facendo riferimento ad un periodo anteriore a quello presente, nel quale forte è stato il riconoscimento in un'identità transgender, Natalia afferma:

Le mie aspettative a quell'età, in quelle condizioni erano diverse da quelle che ho adesso come donna di quasi 40 anni, matura. Per cui anche il discorso dell'operazione: è fondamentale cercare di capire cosa devo fare, se terminare o meno la transizione. L'aspetto della sessualità per me non è da sottovalutare, quindi è un po' un casino questo. Io mi sto facendo dare una mano, un supporto psicologico, da due anni, ma non sono ancora arrivata a capire cosa fare. In realtà io fondamentale il grosso del mio cambiamento l'ho già fatto. È un discorso molto intimo, è anche difficile da spiegarti, perché veramente, è proprio l'idea di potersi – possono sembrare delle cavolate – l'idea di poter restare nuda, a proprio agio dopo un rapporto... Non so neanche io, se avessi la risposta magari sarei già in Thailandia, felice! Nonostante io venga da una famiglia borghese, cattolica, ho avuto una sessualità sana e felice nonostante la mia condizione alle origini. Per cui l'idea di poter rinunciare, non sapere neanche per che cosa, con quali aspettative, che cosa? Alla fine non è che cambierebbe niente a livello sociale. Quindi boh? Il primo intervento chirurgico legato alla mia transizione è stato a novembre, il seno. Son stata sempre una di quelle

con le tette piccoline ormonate, una seconda scarsa! Penso che anche questo facesse parte di quell'evoluzione che ti dicevo. L'ho desiderato a lungo e finalmente a novembre sono riuscita a mettere insieme i soldi per farlo (l'ho fatto a Bologna). E insieme ho tolto il "gozzo" [pomo d'Adamo], ma è stato un po' deludente, perché comunque è la conformazione del collo che è molto prominente così in avanti. C'è una cicatrice qui che copro con un correttore. È stata fatta proprio sulle pieghe del collo, ma dovrebbe sparire ancora. C'era un otorino, che ha fatto il collo, e il chirurgo plastico mi ha fatto il seno.

S. *Sei soddisfatta da questi interventi?*

N. Ssssssi (*indecisa*). Sì, oddio, del collo non tanto, perché comunque potevano spiegarmi che tolto il gozzo mi sarebbe rimasto... ieri sera un tipo mi ha detto: "Ma guarda, giusto dal pomo d'Adamo ti si può sgamare", gli ho detto: "Grazie me lo son fatto togliere a novembre!". Ho il collo un po' così no? Il seno: a me i seni rifatti non piacciono tanto, perché mi sembrano le tette di Margot [del cartone Lupin]! (*ride*) È inquietante, sono un po' troppo giovanili, mi sembra di avere le tette di una diciottenne! Spero che prendano un aspetto un po' meno... Sono appena sfornate! La chirurgia l'ho provata per cui so quanto è violenta, per quanto mi sembra... non so, c'è quell'aspetto di cui ti parlavo prima che mi blocca molto, mi fa un po' paura proprio... la chirurgia è praticamente un macello, non riesco, non so, mi sembra quasi impossibile che si riesca... Quando arrivi all'intervento ad una certa età, con un'esperienza sessuale... probabilmente se mi avessero lasciato percorrere la mia strada a 16 anni, magari mi sarei fatta operare, avrei avuto una sessualità felice perché comunque avrei cominciato la mia vita sessuale già in quella situazione, capito? Ma... boh, sai quello che perdi, ma non sai mica quello che trovi... io ho paura di diventare una donna frustrata perché non appagata... non so...

S. *La questione dei documenti a te pesa?*

N. Bè, sì. Sì, mi farebbe piacere avere il nome, Natalia, sul documento, farebbe piacere a mia madre.

S. *Se tu potessi cambiarlo senza fare l'intervento lo faresti?*

N. Sì, lo farei subito.

S. *Però d'altra parte non è una ragione nella tua valutazione di fare o non fare l'intervento?*

N. Il documento! Ma ti pare! No... Sai cosa: anche se mi tolgo il gozzo, anche se mi metto il nome femminile sul documento, comunque io non cambio la mia condizione di trans, anche se mi vado ad operare, io non cambio il mio passato, comunque il mio gene Y me lo tengo: io ho questa consapevolezza molto radicata in me. Per questo probabilmente è anche così complicato per me arrivare a capire quanto possa essere importante la riassegnazione chirurgica. Non divento qualcosa di diverso. Quello che sono rimane quello che sono, non credo che sia né un documento né la riassegnazione chirurgica a... quello dell'intervento è un altro discorso perché lì interviene anche il fatto di piacersi, di essere compiaciuta del proprio corpo.

S. *Tu ti senti compiaciuta dal tuo corpo?*

N. Non del tutto, non del tutto. Non trovarsi a proprio agio... quella parte del corpo è... non è armonica, ripeto: io non amo questa disarmonia, perché possono esserci anche delle trans che amano essere "super cazzute"! Non sono io. Se potessi avere una vita sessuale, se potessi essere sicura di... ma non posso averla questa sicurezza, capito? Io vivo questa situazione di contrasto.

S. *Dai per scontato che se dovessi fare l'operazione andresti all'estero?*

N. Sì, ho sentito delle cose! Ho sentito delle cose orrende... Pensando a queste cose qui ovviamente io mi cago in mano all'idea, leggo dei racconti di trans su Facebook. In Thailandia, la fanno scegliere, hai sentito questa cosa? La puoi scegliere come vuoi: all'orientale, cicciuta! Anche io, quando ci penso questa cosa mi piace: come la farei io? (*ride*). Quelli [i chirurghi] sono proprio meccanici, secondo me, proprio come dei meccanici, e come poi parlano... non credo che abbiano neanche tanto interesse verso l'aspetto più psicologico e sociale. Sono macellai! Forse è anche comprensibile, perché alla fine devono squartare e ricucire un essere umano! Con che coscienza? Tu lo faresti? Qui bisogna essere fuori di testa per fare i chirurghi! (...) Io non sono una donna! (*ride*) Non sono una donna, te lo dicevo prima, io ho avuto sempre molta consapevolezza. Io quando son partita con gli ormoni non ci pensavo neanche ad arrivare all'intervento – adesso sto valutando l'idea – lì era solo l'esigenza di esprimere al meglio me stessa... io guarda, non so ancora probabilmente se sono o non sono una donna, ma di sicuro so quello che non sono: un uomo! (*ride*) (Natalia)

La storia di Natalia registra un cambiamento generazionale rispetto a quelle precedenti ed esprime l'accumulazione di saperi e di possibilità di cui la donna dispone consapevolmente.



Insieme a Porpora e Viola, Natalia condivide una visione fortemente critica delle figure mediche (“macellai”), seppur poco connotata in senso politico e quindi meno propensa alla messa in discussione della dimensione stessa della medicalizzazione dell’esperienza trans. Inoltre, come la presidente del MIT, Natalia situa la propria esperienza in una dimensione temporale, assecondando e leggendo i propri desideri di cambiamento anche come espressione di una maggiore maturità acquisita e capacità di cura di sé. In tale percorso di crescita per la donna assume rilevanza la scelta chirurgica – anche nell’ipotesi di un intervento di vaginoplastica in Thailandia – come possibilità di immaginare un corpo maggiormente aderente al sé attuale, per il quale è addirittura pensabile la scelta dell’estetica genitale (“Come la farei io?”, si chiede pensando all’offerta estetica promessa dalle cliniche thailandesi). Ma entra anche in gioco il consultorio MIT, come opportunità di autoriflessione, strumento di rinnovata dedizione verso il corpo (simmetricamente a quanto accaduto con la decisione di farsi seguire dall’endocrinologa del MIT, dopo anni di autosomministrazione ormonale), e come risorsa per riflettere sulla ricerca di maggiore comfort nel proprio corpo. In tale ricerca, il fatto di avere un organo sessuale maschile diventa, al contrario delle tre esperienze precedenti, un ostacolo nella dimensione intima, ma non nell’espressione del proprio vissuto di genere.

Utile è infine osservare il rapporto che Natalia instaura – attraverso la narrazione – con una parte del corpo “nuova”: l’impianto di un seno “appena sfornato” che a fatica riconosce come proprio. Esso “funziona come una citazione decontestualizzante e spiazzante di quello che è un segno specifico del genere femminile”, in quanto “appropriazioni risemantizzanti che destabilizzano la norma e che mostrano che la riconoscibilità, la performatività e l’identità di genere dualistica che si presenta come naturale e ‘autentica’ è in realtà già una copia di una copia per cui non c’è un originale” (Butler 1993 cit. in Crocetti 2013, 70).

Lontana dall’essere uniformemente adottata, la chirurgia è comunque vissuta come problematica da non pochi partecipanti. Rispetto a quanto accaduto per Natalia, il passare del tempo per Manuela incide in senso opposto sulla scelta chirurgica (in un primo momento valutata positivamente). Manuela al momento dell’intervista è attivista dell’associazione MIT (ma non utente, avendo scelto un endocrinologo privato e non desiderando seguire una psicoterapia). Per lei, come per le donne sopra citate, l’imposizione dell’intervento chirurgico per l’ottenimento del cambio del nome sui documenti non costituisce ragione sufficiente per intraprendere tale percorso. Al contrario, diventa motivo – oltre che per una critica del sapere e dell’iter medico per il cambio di sesso – per una battaglia per i diritti delle persone trans: la ragazza è infatti la testimonial della campagna “Un altro genere è possibile”:

Io non sento assolutamente l'esigenza per adesso, nessuna esigenza di chiedere interventi di questo tipo. Io sto bene così come sono e anzi questa è una cosa difficile da far passare anche a livello medico perché spesso l'endocrinologo o il medico lavorano affinché una persona transessuale finisca la transizione, e per finire la transizione si intende operarsi e quindi diventare donna al cento per cento perché la legge dice che solo così tu sarai donna. Quindi anche la terapia ormonale che ti fanno è tutto finalizzata a quello. L'endocrinologo non mi ha mai chiesto: "Tu cosa hai intenzione di fare?": lo danno per scontato quando scontato non è. Io l'ho detto palesemente all'endocrinologo che la mia intenzione è quella di rimanere così e gli ho espresso dei dubbi a riguardo dell'Androcur perché è un farmaco molto pesante e io lo dovrei prenderla tutta la vita. (...) Mi sono confrontata molto spesso [con ragazze che hanno fatto l'intervento di cambio di sesso] e mi viene quasi da giudicare perché dico: "Vabbè vogliono giustamente fare ciò che gli viene detto dalla società, vogliono apparire, vogliono mettersela via in qualche modo questa storia". E infatti spesso anche le persone che si operano poi non le vedi più, spariscono perché non vogliono più rotture da quel punto di vista, vogliono vivere da un punto di vista meno patologico, più normale. Dicono: noi quello che ci avete chiesto di fare l'abbiamo fatto, adesso per favore lasciateci vivere la nostra vita normale. Un po' mi viene da criticare questo pensiero... A questa decisione io ci sono arrivata col tempo, vivendomi la mia vita di transessuale, quindi se io magari all'inizio avevo l'idea di operarmi, di fare tutto quello che dovevo fare, sicuramente col tempo le cose cambiano. (Manuela)

Le parole di Manuela evidenziano quanto già rilevato in ricerche analoghe a proposito delle gerarchie che, internamente al variegato mondo trans, si creano rispetto alle scelte chirurgiche. Scrive infatti Sally Hines (2007, 72): "Rather than being straightforwardly experienced, the desirability of surgery reflects a key area of contention within transgender communities. In this way, some participants spoke of a hierarchy in which surgically reconstructed transgender people renounce the self-identified gender of transgender people who do not wish to go down the surgical route. (...) Hierarchical politics of identity that is based upon surgical procedures".

Le parole di Manuela mettono in chiaro la funzione dei corpi trans come spazi di conflitto (anche interne alla comunità trans) tra credenze, valori, discorsi, soprattutto medici, che mentre si sviluppano, obliterano i corpi stessi di cui parlano. Ed è difficile, come scrive Sandy Stone (2012, 147; 1991), "generare un contro-discorso quando si è programmati per scomparire" e quando questa sparizione è stata, a lungo, l'unica possibilità di sopravvivenza e riconoscimento per le persone trans.

Le storie raccolte in questo paragrafo – esprimendo un'enorme varietà e ambiguità di scelte – hanno colto "la violenza inscritta nel corpo transessuale", trasformandola "in una forza ri-costituente" (Stone 2012, 148; 1991) i corpi, i vissuti, le esperienze. Quanto affermato da Mattia è indicativo in questo senso: Mattia si riconosce nell'esperienza transgender, individuando nel termine "transessuale" un portato patologizzante. Il suo posizionamento nasce innanzitutto dalla forte messa a critica della centralità che le procedure mediche occupano nella vita delle persone che le intraprendono, e dall'obliterazione della complessità necessariamente contenuta al loro interno, che tali pratiche attuano:

Io sono sincero con la dottoressa, io non dico cose perché lei mi firmi un foglio, perché mi diagnostichi che io sia transessuale, anche perché io non sono transessuale, proprio no, la parola “sesso” rispetto a me... a me non piacciono le definizioni, ma l'unica che posso sentire più mia è transgender, neanche FtM, perché mi fa proprio cagare. Qui dentro la si usa tanto, perché definisce più la parte maschile e femminile, però a me fa proprio cagare, è una roba fastidiosa. Come dire “la” trans riferendosi all’FtM, o ai trans uomini. Se uno se la sente e se la dà, va benissimo, ognuno sceglie. Io non mi ritrovo nel termine transessuale, perché non dipende dal mio sesso, è proprio il mio *gender* che è un transgender, non è il mio sesso, non mi sento di partire da un parte e andare dall'altra, semplicemente voglio ritrovarmi nei miei panni e stare bene ed è il motivo per cui tendo ad usare la terapia qui dentro al massimo possibile. (...) La vita di una persona trans non è solo gli ormoni e la chirurgia, e non è neanche solo la transizione. Io non sono solo questo. Io sono io, una persona transgender, ma anche un operatore, un praticante di yoga, omosessuale, bisessuale, sono anche femminista (lo posso dire!?). (Mattia)

Quest'ultimo paragrafo ha inteso mettere in luce le esperienze delle molte persone incontrate che articolano i propri progetti sui confini e oltre la norma binaria di genere: esse costituiscono vere e proprie crepe nell'approccio diffuso dai saperi medici del “corpo sbagliato” e costituiscono (auto)autorizzazioni a pensarsi legittimamente in modi altri, producendo una “miriade di alterità” (Stone 1991, 150). Scrive Stone (2012, 297; 1991), articolando il suo *post-transsexual* manifesto:

“(trans)gender identity is experienced through the corporeal body their experiences offer an alternative perspective to the medical and popular view that the ‘cure’ for transsexuality is the exchange of a male body for a female one, or vice versa. Through their accounts, I have aimed to present a counter-narrative to the notion of ‘being born in the wrong body’, which has come to symbolise the transsexual condition and configures around the genitalia as the signifier of femaleness or male-ness”.

## Conclusione

Le scelte fatte dalle persone trans sono tante e tutte ugualmente lecite. Alcuni partecipanti riferiscono con chiarezza i piaceri derivati dagli effetti del transito, situandosi in uno spazio corporeo ed identitario “gendered outlaw”, mentre altri perseguono, attraverso i progetti di modificazione somatica, una più precisa collocazione all'interno del binarismo di genere.

All'interno e oltre i margini di tali (ovviamente schematiche) posizioni, la ricerca suggerisce il carattere contingente e divergente dell'incorporamento dell'esperienza trans. Scrive Hines (2007, 84): “The corporeal body is central to transgender sensibilities, and the body is experienced, managed and modified through subjective and social understandings of gender”. Le narrazioni selezionate impongono inoltre di uscire dal binarismo controllo/resistenza e autenticità/trasgressione che è solito accompagnare la riflessione attorno all'esperienza transessuale. Gli interventi chirurgici possono essere cercati e intrapresi, non

come mezzo attraverso i quali ottenere il corpo “giusto” (cui tuttavia alcuni sembrano aspirare), ma semplicemente per il raggiungimento dell’aspetto desiderato. Essi vanno dunque letti e problematizzati come conformi e strumentali ad un progetto di mutamento nel quale l’identità, insieme al corpo, si struttura. In questo senso la definizione foucaultiana di “corpi docili” va incontro ad un problematizzazione che vede i soggetti agire sui propri corpi, all’interno di un rapporto attivo e positivo con le tecnologie chirurgiche (non solo di riassegnazione del sesso, ma anche plastiche, estetiche e cosmetiche) (Hines 2009a; Aizura 2010; Pitts 2002, 2007; Sassatelli 1998). Una tale affermazione non vuole tuttavia sminuire la complessità dell’approccio alle tecnologie biomediche. Queste infatti, “che siano eteroimposte o autodeterminate, assumono uno specifico significato: un groviglio fatto di controllo biopolitico, normalizzazione, disciplinamento politico-sessuale ma anche piano d’azione per interferenze molecolari, sito di contestazione ed esercizi di libertà” (Busi 2012, 177)

Ciò che emerge con evidenza è dunque come il lavoro clinico continui ad operare su un piano eteronormativo e correttivo delle esperienze e dei corpi di genere non conforme, instancabilmente teso alla riproduzione binaria dei sessi; ma, contemporaneamente, la riappropriazione (anche quando contraddittoria e ridotta) di pratiche e strategie di modificazione chirurgica dei corpi si dimostra funzionale a rendere maggiormente confortevole e accogliente l’esperienza del corpo individuale e sociale delle persone transessuali e transgender. O, per citare Goffman (1979), a riconciliare l’identità personale con quella sociale.

La scelta di privilegiare il *frame* della chirurgia estetica e cosmetica – osservandolo in particolare nella sua declinazione privata – è stata utile per portare alla luce potenzialità e ambivalenze di una riappropriazione che avviene in maniera apparentemente più ampia nello spostamento dello status del soggetto da “utente” (del consultorio MIT nello specifico) a “cliente”. Da tale approccio emerge la maggiore difficoltà per il MIT di occupare e gestire lo spazio mediano esistente tra l’utenza e le figure dei chirurghi. Su questo piano l’associazione – pur avendo fino in tempi recenti gestito la lista d’attesa degli interventi e i periodici incontri con l’équipe multidisciplinare – sembra agire più debolmente la propria autorevolezza (che le deriva in primis dalle battaglie per la tutela della salute dei diritti delle persone trans da cui il progetto stesso del consultorio nasce). Varcando le soglie dell’ospedale dove vengono svolti gli interventi, pur entrando in un contesto convenzionato e dunque garantito dalla presenza di medici che si presuppone essere sensibilizzati e formati per accogliere persone transessuali,

gli utenti del MIT diventano “pazienti” a tutti gli effetti. All’interno di una dimensione, quella ospedaliera, in cui per l’individuo si rivela più complesso negoziare i propri progetti e le proprie aspettative corporee, e dove per l’associazione è ugualmente difficile rispondere ad esigenze specifiche ed eventuali carenze del servizio.



## Conclusioni

Perché chiamare cittadino un attore che non può stabilire i termini della sua entrata in scena né riscrivere il suo ruolo?  
Paul B. Preciado, *Scordiamoci di essere speciali*

Quanti sono i transessuali in Italia? Non può rappresentare una categoria socialmente sensibile... Alla popolazione in generale se tu dici che vuoi fare un centro dedicato, ti risponde: “Ma con tutti i problemi che abbiamo...”  
F. C., Urologo e andrologo

L'immagine corporea è quello che si pensa che gli altri pensino di noi; quando cambiamo il nostro corpo cambiamo l'immagine corporea produciamo una sensazione di felicità se riceviamo un giudizio positivo. Questa è un'equazione valida, quando rendiamo felice una persona, possiamo avere un cittadino migliore nella società e la stessa persona risulta essere più produttiva.  
D. R. L., Chirurgo plastico

Looking at Western history, it is the outsiders who have often succeeded in expanding our rights  
Saskia Sassen, *Who are we, the Citizens?*

“Everywhere that trans people appear in the law, a heavy reliance on medical evidence to establish gender identity is noticeable. Try to get your birth certificate amended to change your sex designation, and you will be asked to show evidence of the surgical procedures you have undergone to change your sex. Try to change your name to a name typically associated with the ‘other gender’, and in many places you will be told to resubmit your petition with evidence of the medical procedures you have completed. Try to get your drivers’ license sex designation changed, and again you will be required to present medical evidence. If you are trans or gender transgressive, even your ability to use a gendered bathroom without getting harassed or arrested may be dependent on your ability to produce identification of your gender, which will only indicate your new gender if you have successfully submitted medical evidence to the right authorities. In almost every trans-related case, whether it be about the legitimacy of a trans person’s marriage, the custody of hir children, hir right not to be discriminated against in employment, hir right to wear gender appropriate clothing in school or foster care, hir rights in prison, or whatever other context brings hir to court, medical evidence will be the cornerstone of the determination of hir rights” (Spade 2003, 16-18).

La situazione descritta da Dean Spade, trans/attivista e avvocato impegnato nelle battaglie per i diritti delle persone transessuali e transgender negli Stati Uniti, è conforme alla quotidianità vissuta nella sfera pubblica e privata dalla maggioranza delle persone di genere “non conforme” (Monro 2004; European Union Agency for Fundamental Rights 2014; Council of Europe 2015). Ogni atto riguardante il riconoscimento degli individui *de-gendered* nella *polis* richiede come condizione necessaria e costitutiva una preliminare attestazione di avvenuto

intervento medico. Senza quest'ultimo le persone che lo desiderano non possono, ad esempio, modificare il proprio nome sui documenti d'identità (passaporto, patente di guida, tessera sanitaria e così via); in caso di matrimonio contratto precedentemente alla transizione di genere, non possono rimanere sposati<sup>1</sup> e, in caso di separazione, avere accesso alla custodia dei figli; non possono utilizzare bagni pubblici, spogliatoi, camerini corrispondenti al genere sentito, senza incorrere nel rischio di essere denunciati, molestati, incarcerati. In caso di accesso ai seggi elettorali, arresto, ricovero ospedaliero, inserimento in programmi di assistenza pubblica. In generale questi soggetti vanno incontro a discriminazioni ed esclusioni che derivano dall'organizzazione binaria delle istituzioni carcerarie, sanitarie, ri-educative. Ricco di ostacoli è inoltre l'ingresso nel mercato del lavoro regolare. E così via.

Se, come osserva Paola Borgna, ogni norma incorpora specifiche rappresentazioni del corpo (Borgna 2005, 66), giunti alla conclusione di questo percorso di ricerca, sembrano emergere tanto le rappresentazioni quanto le contro- (o, potremmo dire, *alter*) rappresentazioni che l'esperienza trans incarna nel contesto italiano contemporaneo.

Non è un caso, dunque, che il lavoro abbia scelto di prendere il via dalla ricostruzione del contesto storico e socio-politico in cui l'esperienza transessuale ha acquisito visibilità e mosso i primi passi in direzione del desiderio di riconoscimento in quanto esperienza umana significativa (Arietti, Ballarin et al. 2010) prima ancora che legale ed istituzionale. Nella storia della rivendicazione e dell'applicazione della legge 164/1982 si sono delineati i contorni di tale richiesta così come tracciati dai protagonisti e dalle protagoniste, oltre che le caratteristiche della sua ricezione e traduzione da parte delle istituzioni in termini di tutela/normazione/controllo/accesso alla cittadinanza. In particolare, sono stati sottolineati i processi di interrelazione esistenti tra le procedure giuridiche e quelle cliniche nell'esperienza di (ri)costruzione sociale dei corpi trans, con l'intento di esplicitare come alla riuscita o al fallimento di tale percorso, faccia capo l'esercizio della (o l'esclusione dalla) cittadinanza delle persone transessuali e transgender. In seguito, si è voluto mettere in luce la costruzione dei percorsi di autodeterminazione delle persone trans, adottando come osservatorio privilegiato il caso del MIT di Bologna e, in particolare, il consultorio pubblico gestito dal 1994 dall'associazione in convenzione con le istituzioni pubbliche locali e le pratiche di (auto)gestione della transizione di genere presenti al suo interno.

Hanno potuto così essere descritte le numerose esperienze di incorporamento legate alla modificazione di genere e alla progettazione dei corpi intrapresa dalle persone che, a

---

<sup>1</sup> Sulle modifiche intervenute a questo proposito cfr. alla nota 50, primo capitolo.



vario titolo, attraversano (o hanno attraversato) il consultorio e l'associazione MIT. L'analisi si è concentrata sul ruolo giocato dal MIT nella tutela dei diritti delle persone trans (tra i quali rientra pienamente anche il diritto alla salute), e sulle ambivalenze che lo caratterizzano. Inoltre, la ricerca presentata in queste pagine ha messo a confronto l'esperienza delle persone intervistate e le pratiche dei medici che, tramite convenzione con le istituzioni politiche e sanitarie locali, operano in collaborazione con il consultorio trans. La questione centrale in questo caso è stato il grado di autodeterminazione di cui i soggetti coinvolti in percorsi di transizione effettivamente godono.

Su questa base, in queste riflessioni conclusive si vuole in particolare cercare di riannodare i fili dei discorsi finora sviluppati, ponendo al centro uno degli elementi più interessanti emersi dalla ricerca: il rapporto tra corpi trans e cittadinanza. Scrive Elisabetta Ruspini al riguardo (2008, 94):

“(…) la tematica della transessualità ci offre una visione a tutto campo della questione della cittadinanza oggi, una dimensione al cui interno, com'è noto, si intrecciano una pluralità di aspetti di differenza e disuguaglianza sociale. Emerge in particolare il legame tra il bisogno di riconoscimento del proprio sé sociale, al crocevia di molteplici diversità, e l'accesso ai diritti. Tale accesso resta infatti parziale qualora fondato su un modello 'universalistico' di cittadino (nella realtà maschile, eterosessista ed etnocentrico). In questo contesto l'esperienza di chi ha vissuto o sta vivendo un processo di transizione è cruciale per delineare tentativi di rielaborazione, esperimenti di apertura di spazi di cittadinanza tra quelli pubblici dominati dalla cultura maschile (*male gaze*) e gli spazi medicalizzati o burocratizzati della transizione (l'ospedale, lo psicologo, il tribunale, il giudice, il chirurgo…)”.

## **1. Una premessa sulla categoria di cittadinanza**

La decisione di inserire la categoria di cittadinanza nella riflessione ha preso corpo contestualmente alla consapevolezza di come questa sia “una nozione politico-giuridica estremamente articolata e complessa, caratterizzata da una sorta di ambivalenza strutturale che si concretizza in più di un 'groviglio'” (Sciurba 2012, 44) – nel senso di un insieme di questioni che proprio attorno alla cittadinanza si sviluppano ed intrecciano. Giunti alla conclusione del lavoro, si è provato a sciogliere alcuni di tali “grovigli” che, all'interno dell'esperienza di cambio di genere, mettono in relazione con la cittadinanza il corpo, il tema dei confini, l'insieme delle norme inscritte nei corpi e i processi di autodeterminazione dei soggetti. Il primo di questi aspetti è illustrato ancora da Alessandra Sciurba (2012, 44):

“Si pensi innanzitutto alla tensione intrinseca tra le due funzioni – quella escludente e quella includente – implicite nel gesto del confinamento che istituisce la cittadinanza stessa e che, mentre

*definisce*, esclude o comunque differenzia e, mentre *unisce*, separa lasciando all'esterno o ai margini di una distinzione. In stretta connessione con questa prima valenza semi-ossimorica, emerge poi un secondo 'intrico' riguardante la cittadinanza. Da un lato, infatti, si tratta di uno *status* posto in essere a partire da un riconoscimento formale, attraverso una concessione istituzionale che si riceve passivamente, ovvero senza bisogno di mettere in atto comportamenti specifici, sulla base di criteri prestabiliti (...). Dall'altro, l'idea della cittadinanza comprende la possibilità di esercitare determinate prerogative e compiere azioni che concretizzano, nella maggior parte dei casi, la definizione dei diritti e che vengono considerate derivanti dal possesso dello *status* di cittadino”

In altre parole, la cittadinanza – così come è stata interpretata all'interno di questo percorso di ricerca – è una tecnologia basata su meccanismi di definizione, nomina e riconoscimento che, mentre assegna visibilità e risorse ai cittadini, oscura e mette ai margini i non cittadini, separandoli dai primi perché considerati inadempienti rispetto ad una serie di capacità e caratteristiche (Ochoa 2013).

A partire dalla nozione originariamente proposta da Thomas H. Marshall (Marshall 1950), la cittadinanza è andata incontro a un processo di incessante critica e ridefinizione, poiché considerata insufficiente a contenere i profondi mutamenti sociali in atto, oltre che funzionale alla conservazione dei diritti di gruppi socialmente ed economicamente avvantaggiati, a scapito di quelli svantaggiati (Turner e Hamilton 1994). A partire dagli anni Settanta, nuovi movimenti politici e sociali e nuovi soggetti, diventati visibili sulla scena pubblica, sono stati protagonisti della denuncia del portato di esclusione sociale sottostante al tradizionale concetto di cittadinanza, e della sua incapacità di includere soggettività sempre più eterogenee per cultura, etnia, religione, generi, classi e valori. Tra questi, un ruolo di primo piano nell'evidenziare il tratto di ambiguità e profonda ineguaglianza (e discriminazione) di genere sottesa alla tradizionale nozione di cittadinanza l'hanno avuto i movimenti femministi. A loro volta i *Women's* e *Gender Studies* hanno messo in luce la persistenza delle disuguaglianze di genere, nonostante le politiche di supporto mirate ad offrire “pari opportunità” ai cittadini e alle cittadine. Una persistenza alla cui base è stato rintracciato l'implicito – e falso – assunto che assegna alla cittadinanza lo stesso significato per uomini e donne (Monro 2000).

Proprio l'oscuramento delle differenze ha costituito, a partire dagli anni Novanta, un tema portante negli studi dedicati alla relazione tra sessualità e cittadinanza. Essi hanno infatti denunciato il carattere eteronormativo della cittadinanza tradizionale e il suo essere produttrice di esclusione rispetto alle molteplicità delle espressioni di genere e degli orientamenti sessuali (Richardson 1998, 2000). Attraverso la critica dell'ancoraggio della categoria di cittadinanza al *gender binary system* (Monro 2000) sono emersi ambiti di riflessione tradizionalmente esclusi dal suo studio. Le nozioni di *sexual citizenship* (Evans

1993; Weeks 1998), *intimate citizenship* ed *embodied citizenship* (Bell e Binnie 2000; Evans 1993; Richardson 1998, 2000; Weeks 1998) hanno ad esempio assegnato grande rilevanza a sessualità, intimità e corporeità. Insieme agli studi femministi, queste nozioni hanno messo in luce come le tradizionali definizioni e caratteristiche della cittadinanza abbiano negato le complessità e le differenze di genere e di espressione della sessualità e del rapporto tra pubblico e privato<sup>2</sup>.

Nella prima elaborazione del concetto di *sexual citizenship*, Evans (1993) indaga i legami tra la sessualità, la morale e il mercato nel capitalismo contemporaneo sostenendo che, in tale contesto, lo spostamento del focus verso il “cittadino-consumatore” affranca la cittadinanza dal peso della moralità. Il prezzo da pagare all’ingresso è la neutralizzazione del portato politico delle sessualità “non conformi”, derubricate a stili di vita, e dunque respinte nella sfera del privato. Questa visione della cittadinanza, secondo Evans, evidenzia il rischio di una nuova linea di esclusione, interna agli stessi gruppi delle cosiddette “minoranze sessuali”, che passa attraverso i loro differenti status economici. Richardson (1998) mette a sua volta in luce la contraddizione presente nei processi di inclusione basati sulla rivendicazione di diritti egualitari (per esempio il matrimonio), al cui interno il termine di paragone è ancora il modello eterosessuale. In tale atteggiamento infatti egli vede il rischio di tracciare un modello di cittadino “rispettabile”, “buono”, “compatibile”, che perpetua e accentua l’esclusione degli “altri”, ovvero di coloro che non intendono o non possono usufruire di tali dispositivi di assimilazione. In risposta a questo pericolo Bell e Binnie (2000) propongono una “queerizzazione” della cittadinanza, intendendo con tale termine la valorizzazione delle pratiche e delle forme di vita e sessualità non normative (quali per esempio le relazioni non monogamiche) come possibile sfida all’eterosessualità obbligatoria e al concetto di cittadinanza che intorno ad essa si è articolato nelle moderne società occidentali.

Ancora, il concetto di *intimate citizenship* (Plummer 1995; Weeks 1998; Weeks et al. 2001) ha offerto molti spunti nel percorso di ricerca qui condotto in ragione della sua capacità di sottolineare la valenza giocata dai desideri e dai piaceri più intimi della vita delle persone. Plummer, in particolare, definisce *intimate citizenship* il diritto che le persone hanno sui propri corpi, emozioni, relazioni e suggerisce di aggiungere tali aspetti ai più tradizionali diritti civili politici e sociali. La nozione di cittadinanza così ridefinita, necessita di uno

---

<sup>2</sup> Questo filone di analisi ha inoltre saputo rendere centrale l’intersezionalità tra le caratteristiche di classe, sesso e “razza” concorrenti nei processi di esclusione dalla polis (Pateman 1988; Saraceno 1988; Bimbi 1989; Crenshaw 1991; Bimbi e Del Re 1997; Bertone, Casiccia, et al. 2003; Leccardi 2002, 2016; Benhabib 2004; Monro 2005).

“spostamento dei diritti e dei doveri e il riconoscimento dei ‘corpi’ in ogni loro forma. Tale nozione potrebbe aiutarci a discutere se e quali diritti abbiamo di fare certe cose con il corpo (...); se e quali diritti ciascuno abbia di modificare il proprio corpo in modi fondamentali (...). Tale nozione ci permette anche di pensare (...) alle questioni legali sul transgenderismo nei vari paesi, al disinteresse per certi gruppi emarginati e all’esclusione di alcune forme di corporeità” (Plummer 2002, 496).

La denuncia del modello binario della cittadinanza elaborata da Surya Monro (Monro 2000) aiuta inoltre a comprendere il doppio livello di esclusione subito dalle persone *gender variant*: il livello pubblico riguarda ambiti quali quello lavorativo, o del welfare; quello privato tocca la libertà di poter esprimere la propria identità di genere o di vedere riconosciute legalmente le proprie scelte affettive e/o genitoriali.

Il percorso finora tracciato ha costituito l’impalcatura teorica di riferimento attraverso cui analizzare le contraddizioni che mettono la nozione di cittadinanza in relazione alla condizione trans contemporanea. La prima di queste contraddizioni riguarda la mancata convergenza tra le numerose riflessioni sociologiche dedicate al tema della cittadinanza da un lato, alle questioni legate al corpo dall’altro – nonostante siano proprio i corpi a sostanziare e materializzare i soggetti della cittadinanza (vale a dire, i “cittadini”). È ipotizzabile che questa distanza rimandi al permanere della divisione tra pubblico e privato, tra universale e particolare, binomi al cui interno il primo termine è più facilmente accostato alla cittadinanza e il secondo al corpo. L’esito finale di questo processo è la mancata attenzione al ruolo giocato dai corpi nel processo di definizione della cittadinanza. Scrivono a questo proposito Bacchi e Beasley: “This point becomes obvious if we mention the range of government responsibilities associated with controlling the spaces in which citizen bodies operate, and with deciding the kinds of support services needed to house and feed those bodies. The functions of governance are centrally concerned with bodies and yet bodies are almost never talked about” (Bacchi e Beasley 2002, 324-5).

Ne consegue che, ancora più raramente è stata immaginata la declinazione di tale convergenza in relazione all’esperienza trans: e questo, nonostante il corpo si costituisca come *il* punto a partire dal quale l’osservazione dell’esperienza trans si rivela più ricca e stimolante. Ma anche, viceversa, in ragione del fatto che questa esperienza presenta spunti impreveduti a partire dai quali tornare ad interrogare il corpo e la cittadinanza.

Quali sono dunque le implicazioni per le persone trans quando i criteri estetici e somatici (individuali, sociali e politici) si relazionano ai diritti di cittadinanza<sup>3</sup>? Quali sono le possibilità e le condizioni di accesso alla cittadinanza se (come fa notare Preciado nella frase

---

<sup>3</sup> Tale quesito è stato formulato a partire da un’analoga riflessione sviluppata da Davy (2011, 173).

di apertura al capitolo) le persone trans sono state tradizionalmente espunte dai processi decisionali da cui dipende la loro stessa inclusione/esclusione, a partire da una supposta patologizzazione e dunque dall'incapacità di gestire autonomamente i propri corpi?

Tali quesiti si collocano al centro delle riflessioni che si intende sviluppare in queste considerazioni conclusive.

## **2. Il MIT: un “enzima attivo” per la costruzione di una cittadinanza trans in Italia?**

Lo studio di caso e le testimonianze raccolte hanno portato alla luce la compresenza nel MIT di norme e contro-norme (riguardanti la gestione e la rappresentazione del transito di genere), che trovano corrispondenza nei differenti livelli – politico, culturale, istituzionale e sociale – che lo compongono. Ed è proprio all'interno di questa ambivalenza che si è rintracciato il plusvalore sociale e politico di tale realtà. Nel quarto capitolo in particolare sono state osservate alcune tipologie di attività portate avanti dall'associazione parallelamente al progetto del consultorio: l'Osservatorio sulla salute; il seminario *A/traversamenti* sul tema della medicalizzazione dell'esperienza trans; la campagna “Un altro genere è possibile” per il diritto di modificare i documenti senza l'obbligo agli interventi chirurgici di sterilizzazione; il ricorso alla Corte Costituzionale per dichiarare tale obbligo incostituzionale (in controtendenza rispetto alle interpretazioni della legge 164/1982 prevalenti fino al 2015)<sup>4</sup>. Attraverso tali attività è stato possibile approfondire le (auto)rappresentazioni delle esperienze e dei corpi trans nello spazio pubblico elaborate all'interno del MIT. È dunque a partire da queste riflessioni che prende corpo un'analisi della ri-articolazione della cittadinanza trans nel contesto italiano.

In primo luogo, è possibile osservare la vicinanza dei risultati empirici con le osservazioni di Weeks circa i movimenti di rivendicazione di una *sexual citizenship*. Questi ultimi, secondo lo studioso, sono caratterizzati da due fasi differenti: “a moment of transgression and a moment of citizenship” (Weeks 1998, 35). La prima fase precede l'istituzionalizzazione del movimento stesso ed è caratterizzata da una maggiore radicalità e trasgressione rispetto alla realtà dominante. A questa segue una seconda fase in cui centrale diventa il riconoscimento di diritti legati alla nuova identità acquisita in quanto soggetto istituzionale e al suo incorporamento nelle istituzioni giuridiche e sociali. Per Weeks, l'unione

---

<sup>4</sup> Cfr. il quarto capitolo.

di questi due momenti apre la strada all'inclusione di soggetti marginalizzati sulla base dell'identità sessuale (Weeks 1998).

Seguendo il ragionamento di Weeks, parrebbe quindi riduttivo attribuire al MIT una visione a carattere assimilazionista nei confronti dei diritti delle persone trans: l'associazione, tramite le molte attività illustrate, non sembra volersi porre in una semplice ottica di allargamento/inclusione dei/nei confini della cittadinanza tradizionalmente intesa. In parallelo emerge infatti il tentativo – per quanto a tratti contraddittorio – di scardinare il binarismo strutturante la categoria di cittadinanza, aprendo possibilità in senso trasformativo e rifondativo della percezione dell'esperienza trans e della stessa categoria di cittadinanza. In questo senso, dunque, anche le sentenze citate (sentenza della Corte di Cassazione n. 15138/2015 e sentenza della Corte Costituzionale n. 221/2015) potrebbero essere lette come un passo ulteriore verso la creazione di nuovi spazi di affermazione ed espressione per i corpi, che non si sarebbe dato in assenza dell'agire politico dei soggetti coinvolti, e nel caso particolare del MIT. Accanto e in concomitanza alla spinta verso il riconoscimento legale e l'inclusione, queste deliberazioni sembrano aprire la possibilità di pensare non tanto – e non ancora – ad un vero e proprio “gender pluralism” (Monro 2003, 2005), quanto piuttosto ad una pluralità di esperienze corporee che si re-inseriscono nello spazio pubblico accedendo di diritto alla cittadinanza formale. Allo stesso modo, esse costituiscono un'opportunità per approfondire la complessità dell'istanza della cittadinanza per le persone trans. E questo, nonostante la parzialità del riconoscimento garantito da queste sentenze, incapaci di valorizzare la varietà e la diversità incarnata dalle esperienze che non desiderano rientrare nel binarismo di genere (Hines 2007). È in questo senso, dunque che acquista importanza la pratica politica delle associazioni trans, come mette in luce la riflessione di Davy sviluppata a partire dal contesto inglese e da alcune “Trans-Community Organizations” (T-CO) da lei analizzate:

“The types of political and cultural production and political activism concerning trans bodies that each T-CO fights for, poses a challenge to the system in some way by offering a critique of the dominant understandings of trans bodies in the specific areas that the organizations work. (...) Particular political actions work to change dominant representations of transpeople's social bodies in order to change the ontological recognition of transpeople's embodiment” (Davy 2011, 165).

Muovendosi in questa direzione, Bacchi e Basley individuano proprio nel corpo il dispositivo per l'articolazione di politiche non meramente assimilazioniste rispetto all'esperienza trans, affermando che le modalità con cui le persone sperimentano i propri corpi generano conoscenze che possono e devono essere incluse nelle decisioni politiche. Uno spostamento di

prospettiva, questo, che – affermano gli autori – “provides the grounds for broadening the constituency of policy makers to include the voices of embodied citizens, heralding a more democratic polity” (Bacchi e Beasley 2002, 345).

Quanto detto è tanto più vero se inserito nel contesto del benessere delle persone trans, e in particolare se riferito al consultorio MIT. Come precedentemente osservato, infatti, proprio a partire dalla complessità e dalla specificità della sua storia e composizione, il MIT ha saputo creare e sviluppare un sistema di gestione del benessere e della salute trans precedentemente inesistente. In tal modo è arrivato a definire quella che abbiamo nominato una “*practice of care*” propria, frutto dell’incrocio tra attività politico-culturale e ventennale esperienza consultoriale. Tale pratica ha saputo configurarsi come un “di più” o “altro” rispetto agli “*standards of care*” nazionali e internazionali utilizzati (prettamente di carattere clinico e sanitario). In particolare, è emerso come l’esistenza di una comunità trans composta da persone contemporaneamente fruitrici dei servizi e attiviste si riveli risorsa chiave nella creazione di percorsi di soggettivazione politica e nell’elaborazione di risposte a necessità specifiche. Occorre infatti colmare i vuoti lasciati dai servizi di assistenza professionali e dai discorsi medico-sanitari in generale, ma anche dalla comunità transgender stessa (Hines 2007a, 2007b; Davy 2011).

In un tale contesto, la rideclinazione di una concezione di benessere trans si costituisce come vero e proprio processo di *agency* indirizzato sia verso nuove forme di rivendicazione sul piano clinico e culturale (Vicarelli 2013) sia verso nuovi discorsi e pratiche politiche intorno all’esperienza del corpo trans in generale e alla salute in particolare (Consultoria Queer di Bologna 2015, 21).

In pratica, l’ampliamento dei diritti per le persone transessuali e transgender, e quindi la loro possibilità di accesso ad una piena cittadinanza, deve tenere in conto i cambiamenti sociali e culturali capaci di comprendere anche politiche deputate al benessere trans. Nello specifico, un’ipotesi di *transgender citizenship* non può prescindere dall’inclusione di trattamenti capaci di considerare più apertamente le richieste di autonomia e riappropriazione critica delle tecnologie e dei trattamenti di modificazione corporea da parte delle persone trans. Come scrive Monro infatti:

“A citizenship-based social model of transsexual and transgender health must be developed, including treatment, where necessary, based on client autonomy and choice. (...) The fluid possibilities posed by trans call for social structuring based on the principles of equality, diversity and the right to self-determination. Equal rights for transpeople necessitate an expansion of possibilities for all people and social changes on a structural level to support this, including changes in medical policy and practice. Clearly the extent to which change is possible within the

medical establishment is limited by the wider social context, yet medicine was located by research participants as a key area for change which would benefit transpeople” (Monro 2000, 34-43).

In definitiva, è possibile affermare che l'autodeterminazione delle persone trans rispetto ai propri corpi costituisce la base per una svolta culturale, politica e giuridica capace di allargare i confini della cittadinanza, includendo la dimensione corporea come centrale (Hines, 2009). In questa cornice, il MIT – e le pratiche e le politiche di modificazione corporea portate avanti al suo interno – può costituirsi concretamente come spazio fondamentale nel processo di costruzione di una *transgender citizenship* nella quale proprio i corpi ricoprono un ruolo riconosciuto come determinante. Tuttavia, attorno al tema della cittadinanza trans continuano ad esistere “grovigli” e contraddizioni, legate in primo luogo alla questione della medicalizzazione e della patologizzazione, che l'associazione stessa sembra non essere ancora riuscita del tutto a governare.

### 3. Corpi trans e cittadinanza: una contraddizione in termini?

Un corpo trans non è dunque un corpo libero?  
Quando il corpo trans medicalizzato diventa esperienza?  
Cosa lo rende corpo patologico? E perché il ricorso alla  
medicina lo rende ineluttabilmente corpo patologico?  
Giorgio Cuccio, intervento al seminario “A-traversamenti”

I think of citizenship as an incompletely theorised contract  
between the rights-bearing individual and his or her state.  
It is in this incompleteness of citizenship that lies the  
possibility for its long and mutating life.  
There is room for making and remaking ‘the’ citizen,  
including for those ‘who do not belong’ – whether the  
foreigner outside or the foreigner inside a country.  
Saskia Sassen, *Who are we, the Citizens?*

What is truly amazing to me, after having been out as trans for  
nearly a quarter century, is the extent to which it is now  
becoming possible for some trans people to access what I call  
“transnormative citizenship,” while at the same time truly  
horrific life circumstances persist for other trans people (Susan  
Stryker).  
Petra Dierkes-Thrun,  
*Transgender Studies Today: An Interview with Susan Stryker*

Da quando vivo al maschile, ho “fatto transizionare” la società  
che mi circonda verso un percorso di inclusione e  
comprensione delle tematiche transgender e, quindi, anche della  
mia condizione.  
Nathanael, *Transgender non medicalizzati*,  
blog *ProgettoGenderQueer.wordpress.com*



Alla luce di queste considerazioni è opportuno approfondire le contraddizioni che l'ipotesi di una formulazione di cittadinanza trans fa emergere, e che proprio il *case study* scelto ha contribuito a mettere in luce. In questo senso, le riflessioni che seguono possono essere utili – questo è l'auspicio – anche in un'ottica di ampliamento delle pratiche e dell'agire politico del MIT stesso.

Tralasciata nei precedenti paragrafi, ma di primaria importanza ai fini del discorso, è la contraddizione che si situa all'origine del binomio che lega cittadinanza e patologizzazione. Si dà generalmente per scontato che l'esperienza di *(trans)gender embodiment*, in sé potenzialmente precaria, si ponga in contrasto con il tradizionale concetto di cittadinanza. Per le persone di genere e aspetto “non conforme”, la cittadinanza – strutturata tradizionalmente sulla base di uno scambio tra diritti e doveri – è dunque la risultante dell'accettazione della patologizzazione. Una condizione, questa, che si è configurata come *passe-partout* per l'acquisizione dello status di cittadini da parte dei soggetti trans che acconsentono a rendersi “riconoscibili” e “normati”, dimostrandosi così “meritevoli” della cittadinanza. Il “diritto” di accesso alle “cure” (e, su questa base, allo status di cittadini) è possibile solo accettando l'autodefinizione di “corpo sbagliato”. È perciò la patologizzazione che consente di strutturare il “dovere” del soggetto di genere “non conforme” ad aderire al binarismo di genere, delegando il potere decisionale sul proprio corpo alle istituzioni medico-legali.

Edelman e Zimman contribuiscono ad approfondire ulteriormente la riflessione, inserendola utilmente all'interno dell'attuale contesto neoliberista statunitense (facilmente estendibile anche al contesto italiano), nel quale la cittadinanza si configura come dispositivo di rafforzamento dell'eteronormatività. Qui i corpi “messi a norma” sono corpi produttivi, e i “buoni” cittadini sono quelli che, dopo aver compiuto con successo un cambio di genere, contribuiscono alla crescita economica globale:

“When it comes to the political dimensions of trans embodiment, the role of medical and psychological diagnosis has placed particular burdens on trans persons attempting to gain access to capital and cultural productivity (...). In the U.S. context, deeply infused with assumptions of neoliberal political economies, this bodily productivity is linked to the capacity to maintain stable employment, fit normative gender roles, and engage with other normalizing technologies. For trans persons, these normalizing technologies would include, for example, laws requiring reproductive sterilization and/or other surgical interventions prior to gaining the capacity to change one's gender marker on legal documentation (...). Additionally, to secure employment in the formal economy, one must first produce documents detailing one's citizenship (such as a driver's license or birth certificate); for the gender transgressor, the process of acquiring these documents is lengthy, potentially costly, and demands ascription to particular racialized, heteronormative, and class-based gender hegemonies (...). It is through a 'successful' body transformation, wherein one has produced an image of having shifted from one hegemonic gender category to another in physical form, that trans subjects may acquire the documents proving their citizenship and thus authenticate their ability to be productive in neoliberal economies (Irving 2008). Neoliberally

infused attempts made by the medical establishment to make sense of gender-transgressing bodies and identities, then, work to obscure subject-oriented identifications with the body. At the heart of homonormativity is the acquisition—and thus support—of the dominant heteronormative ‘rights and duties’ of citizenship (...)” (Edelman e Zimman 2014, 678).

Tuttavia, è proprio dall’interno del binomio patologizzazione/cittadinanza che sembra prendere forma la possibilità della sua stessa destrutturazione. Una possibilità di scardinamento che emerge ancora una volta dalle riflessioni di Bacchi e Beasley (2002, 343):

“(...) political subjects who evince forms of control over their bodies are constituted as full citizens, which at times is equated with a degree of distance from government surveillance. Political subjects who are deemed not to exercise this control, who are considered to be controlled by or subject to their bodies, do not measure up on the citizenship scale; hence, their activities can be regulated in ways deemed inappropriate for full citizens. Conceptions about bodies act as a dividing line between full and lesser citizens, with citizenship itself understood in terms of ‘autonomy’ from government”.

Gli autori sottolineano come l’acquisizione della cittadinanza – nella sua interpretazione più comune – venga fatta corrispondere ai diversi gradi di autonomia che i soggetti esercitano sui loro stessi corpi (in un rapporto inversamente proporzionale al controllo che essi possono esercitare sulle istituzioni). Bacchi e Basley propongono la messa in discussione dell’assunto dicotomico “‘control over body’ versus ‘controlled by body’” (Bacchi e Beasley 2002, 343), un assunto in base al quale anche l’esperienza trans è stata tradizionalmente interpretata. Un simile atteggiamento critico potrebbe essere applicato anche ad altre forme di polarizzazione quali, ad esempio, resistenza vs. controllo, soggettivazione vs. assoggettamento.

La letteratura sui movimenti delle persone malate fornisce poi la possibilità di notare i processi attraverso i quali, una volta diventati “pazienti”, le persone sono oggetto di una “vera e propria espropriazione del sé” da parte delle figure mediche, nonché “di un’infantilizzazione” finalizzata alla “governabilità dei soggetti” (Indino 2014, 27).

Di fatto, il “patto” su cui tradizionalmente i poteri medico-legali hanno previsto il re-ingresso nella cittadinanza dei corpi trans – in quanto corpi rimessi a norma e dunque resi nuovamente conformi e produttivi – ha alla sua origine l’inattuabilità del patto stesso. La libera scelta di poter disporre dei propri corpi, apparentemente concessa agli individui tramite un’apposita norma (la legge 164/1982), viene fatta convivere con la patologizzazione del soggetto (che a tutti gli effetti rappresenta la negazione di autonomia), ovvero con l’idea che l’autodeterminazione possa scaturire dalla sua stessa antitesi, rappresentata dall’imprescindibilità della diagnosi.

A quanto detto si aggiunge un’ulteriore contraddizione: alla diagnosi di disforia di genere viene solitamente fatto corrispondere un iter standardizzato per la transizione di

genere, che nel contesto italiano fa prevalentemente riferimento agli *Standard of Care* del WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Gli stessi standard che, nella loro ultima versione, recitano: “Being transsexual, transgender, or gender nonconforming is a matter of diversity, not pathology” (SoC-7 2011, 168).

Su questa base, è possibile affermare che solo una cittadinanza capace di valorizzare l’irriducibile molteplicità dalle esperienze trans incarnate può strutturarsi senza perpetuare esclusioni. Solo in questo modo una *transgender citizenship* può darsi – per usare le parole di Monro e Warren – “both as a way of expanding our understanding of citizenship, and as a means of informing the political debates” (Monro e Warren 2004, 359).

È in tale direzione che le esperienze degli intervistati spingono la riflessione: dalle interviste raccolte infatti emerge come il corpo sia vissuto – seppur in molti casi problematicamente – anche come risorsa, in quanto punto di partenza per un tragitto di dis-identificazione, de-costruzione e ri-costruzione del sé. In quest’ottica gli interventi chirurgici possono essere cercati e intrapresi, non come mezzo attraverso i quali ottenere il corpo “giusto” (cui tuttavia alcuni sembrano aspirare), ma semplicemente per il raggiungimento dell’aspetto desiderato. Allo stesso tempo, le interviste raccolte mettono in luce come a maggiori possibilità di azione sul corpo non corrisponda necessariamente e automaticamente l’acquisizione di maggiori diritti di cittadinanza. Una volta iniziato l’iter di riassegnazione chirurgica, la standardizzazione dei trattamenti va incontro a gradi di accettazione diversi internamente al gruppo degli intervistati, che includono – con una certa frequenza – anche desideri di individualizzazione delle terapie e dei trattamenti chirurgici, immaginati come più aderenti ai propri progetti di cambiamento e per cui l’iter medico-legale standard può rappresentare un ostacolo.

La ricerca di vie di fuga dagli standard tradizionali porta in alcuni casi fuori dal contesto della sanità pubblica (e dell’iter del MIT), verso quello privato delle prestazioni chirurgiche plastiche e/o estetiche: un ambito, questo, che presenta ulteriori importanti contraddizioni. Non è un caso che nel racconto fornito dagli intervistati, proprio in riferimento alle scelte chirurgiche, il ruolo del MIT tenda a passare in secondo piano. Laddove gli individui si trovano in una (apparente) condizione di libertà di scegliere per sé (dopo avere sostenuto le spese delle prestazioni richieste), l’unica garanzia richiesta sembra essere quella riguardante la qualità del servizio: qualunque ulteriore forma di supervisione finalizzata alla “tutela” del “consumatore”, rischierebbe di essere interpretata come sovradeterminante rispetto alla sua autonomia (e quindi un attacco allo status di liberi cittadini) (Bacchi e Beasley 2002). Consapevoli tuttavia delle dinamiche di potere che sostengono le politiche di

riconoscimento della cittadinanza, e del fatto che “non esiste riconoscimento senza normalizzazione” (Preciado 2015c), è necessario pensare la cittadinanza trans al di là dell’idea della semplice scelta individuale, in rapporto all’accesso alle terapie di modificazione corporea. Proprio nella materializzazione di tale “presunta libera scelta”, corrispondente alla possibilità di rivolgersi “sia al pubblico che al privato, secondo le proprie esigenze e aspettative” (Tognetti Bordogna 2014, 104), emergono le condizioni in cui le persone trans si trovano a vivere nel presente. Innanzitutto “la forte individualizzazione, la complessificazione dei bisogni e la frammentazione della domanda”. In ambito sanitario, possibili risposte a tale condizione provengono da una maggiore “personalizzazione delle risposte (...) nonché una flessibilità delle prestazioni”. È per questa ragione, spiega chiaramente Tognetti Bordogna (2014, 104) che “un sistema che si muove secondo una razionalità tecnica, in cui le risposte sono di tipo standardizzato” rischia di apparire del tutto inadeguato.

Dunque, nonostante all’altezza delle scelte chirurgiche – soprattutto nel contesto privato – si registri una difficoltà del MIT ad agire pienamente il proprio ruolo di mediazione e negoziazione con i poteri medici (in un’ottica di tutela ed *empowerment* degli utenti del consultorio), nella situazione descritta sono proprio i movimenti e le associazioni (in quanto soggetti politici) a vedere confermata la loro centralità nella partita per l’autodeterminazione. L’esplicitazione di desideri di maggiore personalizzazione dei trattamenti all’interno di contesti collettivi (quale può essere il MIT) rappresenta infatti una possibilità di sfuggire ai processi di individualizzazione intesi come privatizzazione dei piaceri e dei desideri. Esaltati come libertà individuale nel contesto neoliberista attuale, essi nascondono in realtà il rischio di uno sbilanciamento verso una totale responsabilizzazione individuale del soggetto (Arfini 2013) – accanto al fatto incontestabile che tali libertà siano “appannaggio solo di pochi e pochissime” (Pitch 2012, 26)<sup>5</sup>.

Invertendo l’ordine di un discorso sulla cittadinanza che, strutturando un rapporto causale con la condizione di patologizzazione, ha tradizionalmente prodotto processi di esclusione e marginalizzazione delle esperienze de-genere, è opportuno sottolineare come l’ipotesi di una cittadinanza trans non possa prescindere dal fondamentale requisito l’autodeterminazione dei corpi (anche e soprattutto nella sua accezione de-patologizzante).

---

<sup>5</sup> Una conferma di queste tendenze si ritrova nel Libro verde e nel Libro bianco del Welfare, entrambi promossi dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali rispettivamente nel 2008 e 2009. I due Libri si pongono infatti come obiettivo principale l’“indirizzare le persone verso comportamenti attivi e stili di vita responsabili prevedendo le situazioni di bisogno dovute a eventi fisiologici (...), patologici o anche a particolari situazioni economiche (...)”. Al centro del Libro bianco del Welfare è in particolare l’idea della “persona che vive in maniera responsabile la propria libertà e la ricerca di risposte alle proprie insicurezze” (Colombo 2013, 138).

Accanto ad essa, emerge come necessaria l’elaborazione di un concetto di benessere antitetico a quello di salute “intesa come dispositivo biopolitico di amministrazione della popolazione in funzione della ‘ottimizzazione’ della sua (ri)produttività e strumento di management dei corpi e delle condotte” (Busi e Fiorilli 2014, 7). Questo concetto sarà aderente alla produzione di pratiche capaci di valorizzare le molteplicità delle esperienze incarnate dalle persone transgender.

A tale scopo, i movimenti per la promozione dei diritti e la tutela delle persone trans considerano centrale la fuoriuscita da un modello fondato sul paradigma medico e sul “medical gaze”, a favore di quello che Singer ha definito un “trans-health model of care”. Tale modello alternativo si basa sull’abbattimento delle barriere poste all’ingresso del sistema sanitario e di welfare e, in positivo, sul riconoscimento delle soggettività e delle esperienze di chi rifiuta/resiste/usa creativamente le biotecnologie di trasformazione dei corpi (Singer 2006, 615). Lo schema sottostante evidenzia la differenza tra queste due prospettive:

<b>Healthcare Paradigm Shift</b>	
<i>Pathology Model</i>	<i>Trans-health Model</i>
Normative bodies and Genders M/F – only two types	Nonstandard Bodies and Genders – Spectrum of body types and genders
Institutional Regulation	Harm Reduction and Advocacy
Gate-keeping (meeting standard criteria)	Informed Consent
Experts and Providers in Control	Peer Expertise and Community Partnering
Pathologization	Self-determination
Gender Identity Disorder	Non-disordered Gender Complexity

Fonte: Singer (2006, 615)

Scrivono Stryker e Aizura (2013, 7): “Health should not become a euphemism for the production of gender normativity through the extension of regulatory apparatuses; it must also encompass new potential for unexpected becomings, and it must accommodate the manifestation of unforeseen, emergent potential of bodily being”. In tal senso, sarebbe dunque utile valorizzare e moltiplicare esperienze di rottura e resistenza capaci di mettere in discussione consolidate pratiche di cittadinanza, favorendo l’espressione di nuove forme di soggettività politica. Questo processo favorirebbe – si auspica – una maggiore libertà di scelta per gli individui e maggiore indipendenza da e all’interno delle istituzioni.

Quali possibilità esistono, in conclusione, per la costruzione di una *transgender citizenship*? Essa è in antitesi con la costruzione di una prospettiva politica che pone al centro la questione dell’autodeterminazione e la messa in discussione della norma eteropatriarcale? Quali soggettività politiche possono concretamente e direttamente agire un processo tanto complesso e contraddittorio? Quale ruolo possono giocare le associazioni e i movimenti trans in tale sfida?

Un’interessante riflessione maturata a proposito dell’esperienza delle *transformistas*<sup>6</sup> venezuelane da Marcia Ochoa – studiosa e attivista trans – offre un possibile spunto per riuscire, almeno parzialmente, a rispondere a tali domande:

“‘Citizenship,’ as an idea that refers to the subject position of individuals with respect to governance, contain both structural components (the law and other practices of citizenship, such as carrying a national ID card, getting a birth certificate, being recognized by the state, and voting) and affective components (feeling of belonging, participation, one’s stance with respect to state recognition or lack thereof). [...] Both dimension necessarily marginalize *transformistas*. (...) For citizenship to be useful to *transformistas*, the very notions of politics and citizen must be transformed. To put in another way, for a person to imagine herself the ‘subject of rights’ and to participate in the exercise of those rights there has to exist a process that *produces* this subjectivity, at the same time as there is a struggle for structural recognition in other spheres. So, if we define a citizen as a subject of rights who exercise them, and if rights and recognition actually have any impact on the situation of social marginality, I have then proposed the idea that it would be a useful intervention for *transformistas* to cultivate a kind of citizenship. I am interested in some strategies to marginalize this proposed social transformation, something that seems to me to be a very long term project with little ability to intervene in immediate problems. (...) The problem of *transformistas* citizenship must be seen from two vantage points: from the integration of *transformistas* into the concept of citizenship and from the transformation of the concept of citizenship” (Ochoa 2013, 451).

Secondo la studiosa, l’idea di “cittadinanza” contiene tanto componenti strutturali (il riconoscimento che avviene attraverso i documenti, per esempio) quanto affettive (il senso di appartenenza e la partecipazione ad una specifica comunità). Da entrambe le dimensioni, le

---

<sup>6</sup> *Transformistas* è un termine venezuelano che si riferisce a persone alla cui nascita è stato assegnato un sesso biologico maschile e che si presentano, nella loro vita quotidiana, come donne. Una possibile, ma non letterale, corrispondenza è data dal termine transgender (Ochoa 2013).

*transformistas*, ovvero le persone transgender e di genere “non conforme”, restano di fatto emarginate. Affinché quindi la “cittadinanza” possa coinvolgerle, è la cittadinanza stessa, non le persone “de-genero”, a dover cambiare i propri tratti. La sfida lanciata da Ochoa è quella di pensare ad una trasformazione a doppio senso: da una parte integrando le persone transgender nella cittadinanza, e dunque creando le condizioni per la creazione di percorsi di soggettivazione politica capaci di incidere sulle necessità quotidiane e sulle politiche rivolte alle cosiddette marginalità; dall’altra modificando alla radice la categoria stessa di cittadinanza.

In questa sfida, che anche i già citati teorici della cittadinanza *gendered* riconoscono come centrale nel contesto attuale, sono molte le ragioni che riportano al centro il ruolo giocato dalle associazioni trans. Queste ultime, come scrive Laura Corradi (2009, 7) in riferimento ai movimenti per la salute, rappresentano risorse importanti “specie nei tempi lunghi della crisi del *Welfare* – per i servizi alla persona a cui esse assolvono, con competenza ed una flessibilità che sa tenere conto di una utenza che cambia (...) e che si confronta con le rigidità istituzionali”, soprattutto nelle nostre società “a capitalismo maturo”. In una tale situazione, prosegue la studiosa, pesanti sono infatti le ricadute “in termini di quel benessere sociale che l’Oms ritiene parte integrante della definizione della salute e che sembra essere sempre più legato alla disponibilità di denaro e quindi appannaggio di pochi”. Ed è per questa ragione che movimenti e associazioni si distinguono come “potenti attori sul piano del mutamento: un loro ruolo da protagonisti è indispensabile per produrre politiche sociali, sanitarie ed ambientali che non riproducano le disuguaglianze e rispettino le diversità, che costruiscano salute e nuovi spazi di democrazia” (Corradi 2009, 7). Altrettanto fondamentale è poi il ruolo che tali soggetti ricoprono per “incrociare riflessioni, esperienze, prospettive situate per produrre una critica alle forme di controllo biopolitico veicolato dalla medicina e dalle sue istituzioni ai tempi dell’austerità” (Busi e Fiorilli 2014, 7).

In particolare, l’articolazione di pratiche rivolte al benessere e fondate sull’autodeterminazione dei soggetti si rivela “chiave di volta anche per il ribaltamento dei rapporti di forza e potere che storicamente governano le relazioni tra i corpi – in particolare, tra i corpi fuori norma – e le istituzioni mediche (...)” (Busi e Fiorilli 2014, 11). Ed è in quest’ottica che si concretizza la possibilità di smarcarsi dalla retorica assimilazionista “dei ‘diritti’, dal neindividualismo (singolare o comunitario) alimentato da una concezione neoliberale di libertà” (Busi e Fiorilli 2014, 11).

Il caso studio e le testimonianze raccolte hanno portato alla luce come sia possibile – per quanto complesso e contraddittorio – sfidare i tradizionali significati e le pratiche di accesso ai diritti della salute per le persone transgender. Il sistema standardizzato della transizione di genere va incontro a critica da parte di molte persone incontrate, le quali sottolineano la necessità di un approccio maggiormente sensibile alla varietà delle esigenze individuali. L’essere contemporaneamente utenti e appartenenti ad una realtà quale il MIT, nella quale la gestione del transito ha l’obiettivo di combaciare con la tutela della salute e dell’autodeterminazione, sembra costituire la condizione per la creazione di un meccanismo di critica tanto al concetto di “cura” (tradizionalmente lasciato in mano a saperi medico-scientifici che oggettivizzano le persone e i loro percorsi di vita) quanto al sistema di accesso alla sanità pubblica e dunque al welfare. Quest’ultimo, in particolare, è saldamente strutturato su una logica binaria eteronormativa (e quindi discriminante verso le persone di genere “non conforme”), così come lo è la categoria di cittadinanza. Un’esperienza come quella rappresentata dal MIT non è dunque importante solo in termini di inclusione sociale o erogazione di servizi, ma anche per la comprensione e la valorizzazione sociale e culturale delle diverse e mutevoli esperienze identitarie e corporee e delle pratiche trasformative *gendered* nel contesto contemporaneo.

Immaginare un progetto di cittadinanza trans, introducendo il corpo “fuori norma” e il diritto all’autodeterminazione dentro la – o al centro della – discussione, potrebbe quindi costituire una possibilità concreta per una rimessa in discussione radicale della categoria di cittadinanza *tout court*. Utili risultano in questo senso le parole di Monro e Warren a proposito della *queer citizenship*, anche quando esse viene applicata alla *trans citizenship*: “Queer citizenship which they define as bringing the erotic and the embodiment into discussion about citizenship, and making space for dissident citizenship – including reshaping the terrain of citizenship by remaining outside it” (Monro e Warren 2004, 349). Senza una tale radicale iscrizione, l’attuale nozione di cittadinanza si rivelerebbe incapace di dare conto della diversità di genere. In questo senso, l’ipotesi stessa di *transgender citizenship* risulta dirimente in relazione al tema dell’autodeterminazione delle persone trans.

In conclusione, in attesa o in assenza del possibile sovvertimento del concetto di cittadinanza – contestato e problematico perché finora incapace di riarticolarsi senza la creazione di sempre nuove esclusioni – le soggettività e i movimenti trans possono costruire un dispositivo di creazione di cambiamenti (culturali, sanitari, politici, economici), a partire dalla messa al centro di ciò che è stato finora lasciato ai margini della cittadinanza: il corpo



(Bordo 1993). Per suo tramite può forse giocarsi la sfida più importante per l'esperienza trans contemporanea: invece di cancellare le contraddizioni, le tensioni, le ambiguità, si tratta di considerarle come elementi capaci di favorire l'inclusione sociale: aspetti non sacrificabili (e, soprattutto, non patologici) in quanto espressioni incarnate del genere. Afferma Rachele Borghi (2014)<sup>7</sup>, scrivendo di “pratiche di resistenza all’(etero)norma nello spazio pubblico”:

“L’eterosessualità normativa sanziona coloro che ne stanno fuori e mette ai margini dello spazio sociale le persone che non vi si adeguano, le ‘dissidenti’. Ed è qui che il capovolgimento ha luogo. Le persone ‘dissidenti’, infatti, possono creare forme di resistenza all’oppressione dell’eterosessualità normativa, dell’eterosessismo, del patriarcato. I corpi considerati socialmente *out of place* possiedono un enorme potenziale di sovversione, soprattutto quando irrompono nello spazio pubblico. Per questo oggi si moltiplicano e si diffondono rizomaticamente forme di resistenza, di azione, di produzione contra-culturale che vedono corpi *freak* affermarsi nello spazio pubblico”.

Come si è cercato di illustrare in questo lavoro, le problematiche vissute ogni giorno dalle persone trans rimandano ad una precisa e radicata strutturazione binaria eterosessuale della società. Per questa ragione, forse, piuttosto che muoversi in cerca di riconoscimenti istituzionali definitivi – che affondano comunque in quella precisa matrice binaria – i movimenti trans potrebbero imporre sulla scena pubblica e politica le proprie esperienze incorporate. Queste ultime, per il solo fatto di esistere e di rendere visibili diritti “non conformi”, mettono in discussione consolidati processi di acquisizione di cittadinanza (e la suddivisione tra cittadini “meritevoli” e non), affermando nuove forme di soggettività politica incarnata, sovversive rispetto alla norma binaria dei generi:

“By offering alternative narratives of gender identity and identification, we can disrupt and challenge the norms that underpin acceptable citizenship, thus creating the means for new claims for citizenship and ultimately new forms of political subjectivity. This can work to render the body less enslaving, but first we must learn to live and negotiate with differences and contradictions rather than trying to eradicate them in the name of the normal” (Mc Queen 2014, 545-6).

In definitiva, un ruolo da protagonisti per i movimenti, le associazioni e le soggettività trans è indispensabile per ripensare le norme di genere, e rendere praticabili discorsi e politiche capaci di costruire nuovi spazi di democrazia e benessere rispettosi delle diversità incarnate (Corradi 2009, 10) invece che riprodurre forme di disegualianza. Ovvero, per usare le parole di Butler, capaci di creare le possibilità di “ricomposizione dell’abiezione in azione politica” (Butler 1996, 20).

---

<sup>7</sup> Cfr. <http://www.doppiozero.com/materiali/soglie/performance-de-genere>

Questo lavoro si chiude lasciando l'ultima parola ad alcune delle persone intervistate. In particolare, i passaggi riportati riguardano le risposte alla richiesta di esprimersi in merito alla legge 164/1982, e dunque al processo di inclusione formale nella cittadinanza, al passaggio obbligato attraverso la patologizzazione e ai desideri di cambiamento riguardanti il percorso medico-legale di transizione di genere.

Antonio:

Non è un'esperienza facile da fare. Non è tanto la seduta dallo psicologo ma è: lo psicologo, la terapia ormonale, gli esami continui, l'avvocato, i documenti che devono cambiare e non arrivano, il lavoro. Tutta una serie di cose pesanti, oltre il corpo, che per quanto possiamo farci quello che vogliamo – la body art insegna – subisce comunque uno stress nel fare interventi; la mente pure perché magari il risultato è disatteso, vai giù di testa perché non è quello che volevi ma devi continuare a fare dei ritocchi delle cose, che comunque pesano, pesano. Sei stanco alla fine.

Sergio:

Se avessi avuto i documenti subito avrei avuto una vita più serena e penso che mi sarei operato, però con calma, quando lo facevo per me e non dovendolo fare per lo Stato italiano. Sì, per me dovrebbero consentire il cambio documenti subito, anche perché ci vogliono degli anni. Io ho iniziato il mio percorso a cavallo del 1998, la terapia ormonale nel 2000, ma ho cambiato i documenti nel 2003: quindi son stato diversi anni con i documenti sbagliati. Io ho fatto la transizione, perché volevo essere un uomo quando andavo dal fornaio a prendere il pane!

Natalia:

*S. La questione dei documenti a te pesa?*

N. Bè, sì. Sì, mi farebbe piacere avere il nome, Natalia, sul documento, farebbe piacere a mia madre.

*S. Se tu potessi cambiarlo senza fare l'intervento lo faresti?*

N. Sì, lo farei subito.

*S. Però d'altra parte non è una ragione nella tua valutazione di fare o non fare l'intervento?*

N. Il documento! Ma no, ti pare!

Claudio:

Dal punto di vista dei vantaggi, girare per strada anche in certi orari, sicuramente come maschio sei più tranquillo. Io certe volte quando faccio delle strade, solo, di notte, dico: effettivamente io sono tranquillo a farla però se fosse una ragazza non lo farei. La questione è che sicuramente da un certo punto di vista essere un uomo in una società è meglio, purtroppo sei favorito. Dipende anche dall'ambito in cui sei: per esempio io quando esco con i miei amici etero, cis-gender, completamente fuori dalle tematiche lgbtqi (alle quali ogni volta cerco di sensibilizzarli), lo vedo nella dinamica di gruppo: uno dei problemi più grandi che ho forse, è che avendo fatto questo passaggio ci si aspetta da me che io possa comprendere certi tipi di discorsi, o che sia partecipe di certe dinamiche in quanto maschio, e diventa difficile per me sottolineare questa mia differenza... io la dico la mia però passo per il sensibile, il "finocchietto". (...) Io purtroppo faccio quello che penso sia giusto, quando devo andargli contro gli vado contro. E il ragionamento che può passare è sempre: tu in fondo parli così perché hai una figa. So che me lo potei sentir dire. Io non so dirti se è un problema delle persone, dei miei amici, che magari sono maschilisti, stupidi, o se realmente oggi giorno funziona così.

Valentina:

*S. Per te la questione dei documenti non è una discriminante?*

V. Sì, lo è: se dovessi farlo [l'intervento di riassegnazione chirurgica di genere], lo farei solo per quello. Cioè, non è una motivazione sufficiente per farlo, se dovessi decidere di farlo sarà sicuramente per altri motivi, sarà sicuramente sulla base di un profondo sentire, di una profonda decisione.

S. *Al contrario, se potessi cambiare i documenti senza avere bisogno dell'intervento lo faresti?*

V. Certo! Subito! Immediatamente perché lo scoglio dei documenti non è poco, cioè è una roba che penalizza tanto.

S. *Nel tuo quotidiano te ne accorgi di questa cosa?*

V. Sì, sì, si riflette su tantissime cose, sulle cose più banali: dall'andare in posta o quando ti devono chiamare dalla fila dal medico alla ricerca del lavoro.

Giacomo:

Questa cosa di dover andare in tribunale... la giudice è stata carina, mi ha anche considerato, però mi ha dato fastidio, me la son sentita come un'intrusione. Mi ha chiesto: "Confermi che sei con la dottoressa M.? Confermi che ti vuoi operare?". Però questa cosa della legge, così formale... mi sono visto sulla seggiolina... è stata una cosa che mi ha fatto sentire proprio male... non te lo so spiegare, sono uscito che ero destabilizzato. Un'invasione della sfera privata. La cosa psicologica la accetti, perché ti deve aiutare; quella fisica è fondamentale, perché l'operazione la farei anche se avessi già i documenti; quella legale non mi è piaciuta, un'invasione della sfera privata.

Raffaella:

Io mi sento una persona così normale rispetto ad altri maschi o femmine biologiche, mi sento una persona così normale che alla fine mi sembrano loro ad avere dei problemi non noi, quindi assolutamente non mi disturba [l'obbligo alla patologizzazione].

Mattia:

Il fatto che io in qualche modo debba avere una diagnosi è una delle cose che mi fa incazzare di più. Il fatto che io per avere accesso alla terapia ormonale, o per avere accesso a uno strumento che potrà consentirmi di fare dei cambiamenti fisici e vocali (che fanno già parte della mia persona, perché io sono già così nel mio cervello), io debba farmi dire che son pazzo, mi tira il culo! È uno dei motivi per cui sono anche così lento! Nonostante il cambio di definizione, è comunque sempre nel DSM, un disturbo psichiatrico. Da un certo punto di vista lo usiamo come strumento, ci facciamo i protocolli per non pagare i milioni, però a che prezzo! Io capisco chi si autosomministra le cose, chi dice: "Non mi sta bene che sia così clinica questa cosa, io posso anche volermi sperimentare e una settimana di Testogel, non mi ucciderà"! Se pensi che ci sono persone che prendono la pillola dieci anni...

Kevin:

S. *Rispetto all'etichetta di patologia, come ti rapporti?*

K. Allora, io mi rapporto malissimo, anche perché non credo che sia questo il motivo per il quale possiamo ottenere delle cure gratuite, non c'è bisogno di questo, altrimenti ci sono sempre i soliti esempi: le donne incinta, per esempio. Perché non mi sento malato. Prima, per grossa parte della mia vita, io ho vissuto il mio sentirmi maschio – non avevo il termine transessuale nella mia testa, forse perché mi faceva addirittura paura – come un problema, un difetto. Poi ad un certo punto è diventato il mio fiore all'occhiello: cazzo, figata, è connotativo, importante. Adesso è una caratteristica per me la mia transessualità e dovermi dare del malato... a parte che io sono nato transessuale, sono stato transessuale, lo sono e lo sarò sempre. Il mio percorso di transizione esisterà per sempre: posso aver finito gli interventi che voglio fare, ma io rimarrò una persona trans, fieramente tale, tra l'altro. Quindi se sono malato, sarò sempre malato, ma lo sono sempre stato a questo punto. Trovo che sia sbagliato che venga trattata come una malattia, anche perché dalle malattia si guarisce. Questa non è una malattia, perché non si guarisce, perché non c'è niente da cui guarire, perché tu rimarrai transessuale per sempre! Per quanto molti non siano affatto d'accordo con me, però io sono felicemente trans.



# Appendice 1

## Parole che contano. Un glossario

È parte del patrimonio storico-politico dei movimenti trans occidentali la spinta verso la riappropriazione della propria storia e, tramite questa, delle parole “per dirsi”. Questo gesto si qualifica come atto di resistenza verso una tradizione di definizione e rappresentazione dell’esperienza trans elaborata in un altrove – abitato da medici, psichiatri, criminologi, giudici, politici – esterno e spesso contrapposto all’esperienza trans stessa.

Per la comunità transessuale e transgender, prendere parola (o, potremmo dire, riprendersi le parole), rielaborare a partire dalle proprie dirette esperienze i concetti e i linguaggi per narrarsi ha significato – e significa – avviare un percorso ininterrotto di rivendicazione e autodeterminazione, nonché di costruzione attiva della propria storia ed esperienza.

Per questa ragione si è qui voluto fornire un sintetico – e certamente non definitivo – glossario da affiancare alla lettura del testo. Esso è stato elaborato tenendo conto dell’incessante produzione e auto-definizione messa a disposizione dai *Transgender Studies*<sup>1</sup>.

**Transessuale.** È il termine usato per indicare una persona che sente il desiderio di cambiare l’aspetto corrispondente al genere attribuitole alla nascita, poiché avvertito come (parzialmente o totalmente) dissonante rispetto all’identità di genere percepita. In conseguenza di tale percezione, si può decidere di “transitare” dal genere socialmente ascrivito a quello opposto, sottoponendosi a trattamenti ormonali e/o interventi chirurgici di “riattribuzione di sesso”. Il percorso può essere completo (e irreversibile), ovvero può prevedere la demolizione/ricostruzione dei caratteri sessuali cosiddetti “primari” (organi genitali esterni e/o interni) o incompleto (e parzialmente reversibile), ovvero può comprendere una serie di modificazioni ormonali e/o chirurgiche, che non includono necessariamente l’asportazione chirurgica dei caratteri sessuali primari, ma che apportano modifiche ai cosiddetti caratteri sessuali “secondari” (riconosciuti come i caratteri che hanno

---

<sup>1</sup> Cfr. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, Special Issue “Postposttranssexual: Key Concepts for a Twenty-First-Century Transgender Studies”, vol. 1, 1–2, 2014; Stryker (2008); Bertolazzi, Marcasciano et al. (di prossima uscita).

significati sociali fortemente sessuati quali ad esempio: voce, barba, seno, ...). In quest'ultimo caso si parla più genericamente di persone transgender. La comunità trans sta progressivamente “dismettendo” il termine per il portato medicalizzante in esso contenuto. E' preferibile il suo utilizzo come aggettivo (persona transessuale; uomo transessuale; donna transessuale) piuttosto che come sostantivo (“la” transessuale). Sulla storia del termine cfr. il capitolo secondo.

**Transgender.** È un termine attorno al quale non esiste un vero e pieno consenso. Il suo utilizzo ha iniziato a diffondersi a partire dagli anni Novanta – nei contesti dell'attivismo trans e successivamente anche in quello accademico – nella sua accezione di termine “ombrello” (Singer 2014, 259-261). Per suo tramite si vuole comprendere una vasta gamma di identità ed esperienze *gendered*, appartenenti a chi si allontana dal genere assegnato, decidendo di vivere attraverso, tra, oltre, fuori i confini fissi che separano tradizionalmente le categorie del maschile e del femminile e mettendo in discussione la presunta naturalità che lega l'identità di genere al corpo sessuato definito dalla biologia (Stryker 1998, 2008; Davidson 2007; Hines 2010; Williams 2014). Così Susan Stryker (1998, 149), attivista trans e pioniera dei *Transgender Studies*:

“I use transgender not to refer to one particular identity or way of being embodied but rather as an umbrella term for a wide variety of bodily effects that disrupt or denaturalize heteronormatively constructed linkages between an individual's anatomy at birth, a non-consensually assigned gender category, psychological identifications with sexed body images and/or gendered subject positions, and the performance of specifically gendered social, sexual, or kinship functions” (Stryker 1998, 149).

Più in generale, all'interno di tale definizione può rientrare una vasta gamma di espressioni di variazioni di genere (Cfr. *Gender variant*, oltre nel paragrafo) tra cui: persone travestite, *cross-dresser*, *drag* e *king queen*, *genderqueer*, *gender variant* o *gender non conforming*; *gender fluid*. Come nel caso precedente, è desiderabile l'utilizzo dell'aggettivo (ragazza transgender) piuttosto che del sostantivo (“il” transgender).

**Trans.** L'abbreviazione “trans” (o “trans\*”) è comprensiva di tutte le tipologie di esperienze che si riconoscono in un genere diverso da quello assegnato alla nascita e/o di persone che preferiscono o scelgono di presentarsi ed apparire diversamente dalle aspettative associate al ruolo di genere loro assegnato alla nascita (per abbigliamento, accessori, cosmetici o modificazione del corpo). Anche questo termine è stato utilizzato a partire dalla consapevolezza del rischio di generalizzazione che ogni definizione reca in sé. Per questi

motivi esso è stato costantemente problematizzato nel tentativo di valorizzarne le molte e possibili traduzioni correnti, ampliandone e aggiornandone i confini<sup>2</sup>. Inoltre, al termine “trans” è qui assegnata una valenza e potenzialità critico-politica, essendo funzionale alla creazione di maggiori possibilità di condivisione di bisogni, battaglie, obiettivi volti al raggiungimento dei diritti e del benessere delle persone che in esso si riconoscono (seppur con gradi di adesione diversi). Come nei due casi precedenti, se ne consiglia l’utilizzo con funzione di aggettivo (persona trans) piuttosto che di sostantivo (“i” trans).

**MtF (Male to Female - da maschio a femmina)/FtM (Female to Male - da femmina a maschio).** Definizione derivata da una semplificazione del linguaggio medico per riferirsi a persone nate con un sesso assegnato al maschile che intraprendono la transizione verso il femminile e, viceversa, a persone nate con un sesso assegnato al femminile che intraprendono la transizione verso il maschile. Il portato medico (e binario) che caratterizza tali definizioni suggerisce di evitarle.

**Travestito.** È il termine col quale si usa riferirsi ad una persona che indossa abiti del genere opposto a quello assegnato alla nascita, indipendentemente dal proprio orientamento sessuale o identità di genere.

**Cis-genere (o cis-gender).** Il termine è qui utilizzato per riferirsi all’esperienza di coloro che accettano e si riconoscono nel genere assegnato alla nascita (Serano 2007), quindi come sinonimo di persone “non trans”. In questa espressione è presente un forte valore simbolico e politico, che intende scardinare il privilegio incarnato dalle persone non trans, tradizionalmente considerati come “la norma”.

**Corpo individuale.** Definizione che si riferisce al corpo come esperienza soggettivamente vissuta.

**Corpo sociale.** Definizione che si riferisce agli usi rappresentativi del corpo, in quanto simbolo attraverso cui pensare la natura, la società e la cultura.

---

<sup>2</sup> Nel contesto italiano il termine assume non di rado un’accezione stigmatizzante. Sebbene, per le ragioni descritte, esso risulti preferibile ad altre espressioni. A sostegno della validità di tale termine, depongono non solo il suo diffuso utilizzo all’interno della stessa comunità trans, ma anche la scelta linguistica operata dall’organizzazione Transgender Europe (TGEU), un cartello che riunisce le principali associazioni trans in Europa.

**Corpo politico.** Definizione che fa riferimento al disciplinamento, alla sorveglianza e al controllo dei corpi (individuali e collettivi) nella riproduzione, nella sessualità, nel lavoro e nel tempo libero, nella malattia e in altre forme di devianza e di differenza umana.

**Cross-dresser.** È la persona che indossa alternativamente, pubblicamente e/o in privato, vestiti comunemente associati al genere opposto. Le ragioni di tale pratica possono essere molteplici (carnevalesche, teatrali, politiche, religiose e così via) e non riguardano il desiderio erotico.

**Disforia di genere (DG).** Il “transessualismo” viene inserito nel 1980 dall’American Psychiatric Association (APA), la più influente organizzazione di psichiatri a livello mondiale, nella terza edizione del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) come *Gender Identity Disorder* (GID). Nell’edizione successiva del 1994, il DSM-IV, scompare il termine “transessualismo” e il GID viene incluso nella categoria dei “Disturbi sessuali”, con la sottocategoria dei “Disturbi dell’identità di genere”. Infine, nel 2013, la più recente edizione del DSM (DSM-V) ha rinominato la patologia come “disforia di genere”.

**Drag queen.** È un termine inglese che definisce i performer che si esibiscono vestendo al femminile.

**Drag king.** Sono le donne che si esibiscono in abiti maschili (il termine *drag* significa usare abbigliamenti caratteristici del sesso opposto).

**Genderqueer.** Indica la persona che, pur non desiderando sottoporsi a interventi di cambio di genere, non si riconosce nel binarismo uomo/donna e che considera la propria identità di genere come qualcosa di “altro”, identificabile in entrambi i generi, in nessuno dei due o in una combinazione di entrambi e non fa riferimento all’orientamento sessuale.

**Gender variant (o non conforming gender).** Indica, in un’ottica depatologizzante, l’esistenza di numerose varianze di genere: sono persone la cui modalità di espressione del genere differisce da ciò che ci si aspetterebbe da loro in base al sesso biologico a cui vengono assegnati alla nascita.



**Gender fluid.** Esprime l'esperienza di persone che si rapportano con i generi secondo una logica fluida e flessibile, cioè con comportamenti e interessi *gendered* che possono cambiare anche quotidianamente. Sono persone che non si sentono limitate dai tradizionali confini di genere e dalle aspettative in essi socialmente riposte, che possono sentirsi più maschili un giorno e più femminili un altro, non essendo definiti da alcuna etichetta. Per questa ragione la loro identità di genere è descritta come fluida.

**Lgbtqi.** Acronimo di origine anglosassone utilizzato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender, *queer* e intersessuali.

**Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM).** È uno dei sistemi nosografici dei disturbi mentali più utilizzato al mondo – da medici, psichiatri e psicologi – e consente una comunicazione efficace ed uniforme tra i professionisti.

**Neo-vagina/neo-fallo.** Termini utilizzati in ambito medico per indicare gli organi genitali delle persone che si sono sottoposte a interventi di “riassegnazione” di genere.

**Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG).** Fondato nel 1998, ne sono parte professionisti e associazioni che si interessano ai temi del transgenderismo e del transessualismo. Per maggiori informazioni sull'ONIG si rimanda al sito web: <http://www.onig.it>.

**Queer.** Termine inglese che veniva usato in senso spregiativo nei confronti degli omosessuali (l'omologo per l'italiano di “checca”, “finocchio”). A partire dagli anni Novanta è stato ripreso con segno positivo e in senso politico/culturale per indicare tutte le sfaccettature dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, rifiutando al tempo stesso le categorie identitarie fissate nel termine lgbtqi. Nello stesso periodo la *Queer Theory* critica il paradigma normativo eterosessuale, rifiuta il pensiero binario e decostruisce le categorie di identità e l'eterosessualità obbligatoria, tanto sul piano teorico quanto politico.

**Riattribuzione anagrafica.** Con questo termine, si fa riferimento a quanto nella legge n.164/1982 viene definito “rettificazione di attribuzione di sesso” che avviene con la modifica dei dati personali (nome proprio e sesso attribuito alla nascita) nei registri dell'anagrafe a cui si è iscritti. La variazione viene fatta risultare solo nell'atto di nascita integrale. Tutti gli altri

certificati e documenti (patente di guida, carta d'identità, passaporto, e così via) riportano esclusivamente i nuovi dati personali.

**Riattribuzione chirurgica di sesso (RCS).** Dall'espressione inglese *Sex Reassignment Surgery* (o SRS), è la definizione utilizzata nella letteratura scientifica internazionale per indicare gli interventi di cambio di genere.

**Transfobia.** Il pregiudizio, la paura e l'ostilità nei confronti delle persone transessuali e transgender (e di quelle viste come trasgressive rispetto ai tradizionali ruoli di genere) e le azioni che da questo pregiudizio derivano. La transfobia può portare ad atti di violenza nei confronti delle persone transessuali e transgender. Il 20 novembre è riconosciuto a livello internazionale come il *Transgender Day of Remembrance* (T-DOR) per commemorare le vittime della violenza transfobica, in ricordo di Rita Hester, il cui assassinio nel 1998 diede avvio al progetto *Remembering Our Dead*.

**Transfobia interiorizzata.** Forma di transfobia, risultato dell'educazione e dei valori socialmente trasmessi, di cui a volte sono vittime le stesse persone transessuali.

**World Professional Association for Transgender Health (WPATH).** Associazione no profit fondata nel 1977 che si occupa a livello internazionale della salute psico-fisica delle persone transessuali e transgender, e riunisce operatori e servizi interessati allo studio e alle applicazioni cliniche relative alle disforie di genere. L'organizzazione ha redatto nel 1979 i primi *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*, oggi alla settima edizione (SoC – Version 7). Per approfondimenti: [www.wpath.org](http://www.wpath.org).

## Appendice 2

### I soggetti della ricerca

In questa Appendice si riportano brevemente i profili delle persone intervistate. Le informazioni fornite sono tratte dalle interviste raccolte per la ricerca. Per una maggiore tutela della privacy, oltre alla firma della liberatoria per il trattamento dei dati personali, si è optato per la modifica dei nomi, scelti in conformità con il genere sentito da ciascuno/a dei/delle partecipanti. Sono stati invece lasciati i nomi originali di Porpora Marcasciano e Simone Cangelosi, in forza del loro essere personaggi pubblici, citati nel corso di questa ricerca anche per le loro attività legate all'ambito artistico, letterario e cinematografico. La prima è la presidente del MIT (Movimento Identità Transessuale), oltre che autrice di alcuni testi riguardanti la storia e l'esperienza trans in Italia (Marcasciano 2002, 2008a, 2015). Il secondo, attivista del MIT da molti anni, è anche il regista di un film-documentario dedicato alla figura della ex presidente del MIT, Marcella Di Folco, "Una nobile rivoluzione" (Cangelosi 2015).

Le età dei partecipanti si riferiscono al momento dell'intervista: tutte le interviste sono state raccolte nel periodo compreso tra gennaio e settembre 2014.

**Alessia**, 36 anni, lavora al MIT come segretaria e operatrice. È nata in Sardegna e vive a Bologna. Ha conseguito il diploma ed è attualmente iscritta all'Università. È un'attivista del MIT e trans-femminista impegnata nella realtà dei movimenti LGBTQI di Bologna.

**Antonio**, 39 anni, di professione vigilantes. Piemontese di nascita, vive a Bologna.

**Claudio**, 26 anni, studente universitario, fotografo e videomaker. È bolognese. Al momento dell'intervista, attivista del MIT.

**Diletta**, 43 anni, è nata in un piccolo paese della provincia veneziana ed è residente a Bologna dove lavora come sarta.

**Dina**, 34 anni, pugliese di nascita e residente a Bologna. È attivista del MIT e di altre realtà lgbq e trans-femministe cittadine. Al momento dell'intervista disoccupata.

**Francesco**, 25 anni, è bolognese, diplomato geometra, lavoratore dipendente. È titolare di un canale YouTube nel quale descrive tutti gli aspetti e le fasi del proprio percorso di trasformazione fisica.

**Giacomo**, 41 anni, è di origini toscane ma bolognese d'adozione. Lavoratore dipendente.

**Guido**, 32 anni, originario del Veneto. Laureato al DAMS di Bologna, nella stessa città è stato attivista e bibliotecario del Cassero-Arcigay e, successivamente, del MIT. Insieme alla moglie, è titolare di un'attività commerciale.

**Kevin**, 41 anni, è friulano. È attivista e bibliotecario presso il Cassero-Arcigay di Bologna, dove vive.

**Laura**, 23 anni è toscana. Dopo aver conseguito a Bologna la laurea specialistica in lingue e letterature straniere, si è trasferita all'estero dove sta frequentando un corso di laurea magistrale. Al momento dell'intervista era un'attivista del MIT.

**Leandro**, 31 anni, è nato in una piccola città lombarda e vive a Bologna. Lavoratore precario, ha la passione della musica reggae. Al momento dell'intervista era attivista del MIT.

**Manuela**, 25 anni, nata in una città emiliana, si è trasferita a Bologna per studiare al DAMS. Fa la videomaker e al momento dell'intervista era attivista del MIT.

**Marta**, 43 anni, è sarda e vive a Bologna. È operatrice sociale incaricata dell'accoglienza presso il consultorio MIT.

**Mattia**, 38 anni, pugliese di nascita e residente a Bologna, è operatore sociale a tempo indeterminato all'interno di progetti riguardanti la riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti. Al momento dell'intervista era attivista del MIT.

**Natalia**, 38 anni. Ha origini siciliane e vive a Bologna. È laureata all'Accademia delle Belle Arti, ha un passato da artista e performer. Al momento dell'intervista era lavoratrice precaria.

**Piero**, 35 anni, è nato in un piccolo comune emiliano-romagnolo dove vive e svolge l'attività di assicuratore.

**Porpora**, 58 anni, è nata in un piccolo paese della Campania. Dal 2010 è la presidente del MIT di Bologna e vice-presidente dell'Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG). Laureata in Sociologia, è anche scrittrice e performer.

**Raffaella**, 20 anni, di origini dominicane. È in Italia dall'età di 5 anni e vive in un piccolo paese della provincia bolognese. Diplomata all'istituto alberghiero, al momento dell'intervista era in cerca di prima occupazione.

**Sandro**, 38 anni, nato in provincia di Ferrara, si è laureato in Lettere Moderne all'Università di Bologna, dove vive. È un lavoratore stagionale. Attivista nel contesto della realtà LGBTQI cittadina e, al momento dell'intervista, del MIT.

**Sergio**, 37 anni, nato in provincia di Bologna, città dove vive. È un lavoratore a tempo indeterminato presso la Polizia Municipale.

**Silvia**, 50 anni. È bolognese e fa l'impiegata. In passato ha collaborato con il MIT tramite borse lavoro.

**Simone**, 46 anni, toscano d'origine. Vive a Bologna, è attivista del MIT, archivista e regista. Il suo ultimo lavoro è il film-documentario "Una nobile rivoluzione", dedicato all'ex presidentessa del MIT, Marcella Di Folco.

**Valentina**, 32 anni. Pugliese d'origine, vive a Bologna e al momento dell'intervista è attivista del MIT. È una lavoratrice precaria.

**Viola**, 54 anni (l'intervistata ha espresso il desiderio di non fornire informazioni su di sé).



## Appendice 3

### Trans Rights Europe Index

Il *Trans Rights Europe Index* fornisce informazioni dettagliate sulle disposizioni di legge in materia di riconoscimento dell'identità di genere, riportando la situazione giuridica in materia di uguaglianza e non discriminazione, asilo, crimini d'odio, diritto di famiglia per le persone trans in Europa.

### Trans Rights Europe Map

La *Trans Rights Europe Map* riporta invece la situazione relativa alle diverse legislazioni e prassi amministrative riguardanti la richiesta della sterilizzazione come requisito per il riconoscimento di genere in Europa (e quindi per il cambio del nome sui documenti).

Gli Stati in *rosso* sono quelli che richiedono – in modo implicito o esplicito – la sterilizzazione; in *marrone* sono gli Stati che non forniscono dati attendibili in merito; in *blu* sono indicati gli Stati nei quali esistono procedure che non fissano nella sterilizzazione il requisito per il cambio di nome sui documenti.

Le versioni qui riportate sono aggiornate all'aprile 2016.

Fonte: [http://tgeu.org/trans-rights\\_europe\\_map\\_2016/](http://tgeu.org/trans-rights_europe_map_2016/)





# TRANS RIGHTS EUROPE INDEX 2016

## Protection from Violence

There is no safe country for trans people. Since 2008 more than 100 murders of trans people have been documented in Europe. Nearly every trans person who is visibly transgender experiences harassment, abuse, or violence. Trans people who are young, sex workers, migrants and/ or persons of colour, bear a higher risk of being assaulted. **Only 13 states prohibit transphobic violence explicitly.**

## Equality and Non-Discrimination

Trans people are disproportionately affected by unemployment and suffer from negative attitudes and discrimination in public and in private. Transgender people are protected against discrimination according to the European Court of Human Rights and EU-law. **However, only 22 states have explicit legal protections.**

## Legal Gender Recognition

Legal Gender Recognition is the official recognition of a person's gender identity including the registered gender and name(s) in public registries and key documents.

In 41 states it is possible to adapt identity documents, but only 29 states have robust legal procedures in place. Trans people's existence is *de facto* not recognised in 8 states as these states provide for no legal measures. **24 states in Europe (13 in the EU) require by law that trans people undergo sterilisation before their gender identity is recognised.**

Other requirements may include diagnosis of mental disorder (37 states), medical treatment (31) and invasive surgery (24), single civil status – forcing those who are married to divorce (22), and/ or exclude minors (34). Such requirements violate a person's privacy, dignity, physical integrity, right to found a family, and to be free from degrading and cruel treatment.

## Asylum

War, persecution, or lethal threats because of being trans may force trans people to seek asylum in Europe. European Asylum law foresees that EU member states provide for trans-specific asylum protection. Many trans asylum seekers continue to face a complex array of challenges and threats, including discrimination, prejudice, violence, difficulty in accessing humanitarian services, and barriers to articulating their needs during asylum procedures and when engaging with authorities. **Still, only 14 states (EU: 11) have explicit laws.**

## Trans Rights Index Europe

This trans specific index highlights legal provisions in gender identity recognition and reflects the legal situation in areas of equality, non-discrimination, asylum, hate crime and family law for trans people in Europe. The Trans Rights Europe Map & Index uses a simplified overview and does not attempt to reflect the complex and intersecting situations trans people face.

COUNTRY	LEGAL GENDER RECOGNITION								ASYLUM		BIAS SPEECH/ VIOLENCE			NON-DISCRIMINATION						FA-MILY	COUNTRY			
	Existence of procedures	Name change	Change of gender on official documents to match gender identity	No 'Gender Identity Disorder' diagnosis/psychological opinion required	No compulsory medical intervention required	No compulsory surgical intervention required	No compulsory sterilisation required	No compulsory divorce required	No age restrictions (available for minors)	Law	Policy / other positive measures	Hate crime law	Hate speech law	Policy tackling hatred	Constitution	Employment	Goods & services	Other spheres of life	Equality body mandate	Equality action plan		Law (gender expression)	Trans people can marry a person of the other gender	
Albania											●	●			●	●	●	●				●	Albania	
Andorra																							●	Andorra
Armenia			●																				●	Armenia
Austria	●	●	●		●	●	●	●	●	●				●	●	●	●	●	●				●	Austria
Azerbaijan	●	●	●																				●	Azerbaijan
Belarus	●	●	●		●	●	●																●	Belarus
Belgium	●	●	●						●	●		●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	Belgium
Bosnia and Herz.	●	●	●								①				●	●	●	●	●	●	●		●	Bosnia and Herz.
Bulgaria		●	●												●	●	●	●	●	●	●		●	Bulgaria
Croatia		●	●						●			●	●		●	●	●	●	●	●	●		●	Croatia
Cyprus												●											●	Cyprus
Czech Republic	●	●	●												●	●	●	●	●				●	Czech Republic
Denmark	●	●	●	●	●	●	●	●		●					●	●	●	●	●				●	Denmark
Estonia	●	●	●		●	●	●	●							●	●	●	●	●				●	Estonia
Finland	●	●	●		●	●	●	●		●		●	●		●	●	●	●	●			●	●	Finland
France		●	●									●	●		●	●	●	●	●	●	●		●	France
Georgia		●	●								●				●	●	●	●	●	●			●	Georgia
Germany	●	●	●		●	●	●	●	●	●			②	③	●	●	●	●	●	②			●	Germany
Greece	●	●	●						●		●	●	●		●	●	●	●					●	Greece
Hungary		●	●		●	●	●	●			●	●	●		●	●	●	●					●	Hungary
Iceland	●	●	●		●	●	●	●		●	●	●			●	●	●	●					●	Iceland
Ireland	●	●	●	●	●	●	●	●													●		●	Ireland
Italy	●	●	●		●	●	●	●	●	●											●		●	Italy
Kosovo*									●						●	●	●	●	●	●			●	Kosovo*
Latvia	●	●	●																				●	Latvia
Liechtenstein									●														●	Liechtenstein
Lithuania		●	●																				●	Lithuania
Luxembourg		●	●																●				●	Luxembourg
FYR Macedonia		●	●																				●	FYR Macedonia
Malta	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Malta
Moldova		●	●		●	●	●	●															●	Moldova
Monaco																							●	Monaco
Montenegro	●	●	●								●	●			●	●	●	●	●	●	●		●	Montenegro
Netherlands	●	●	●		●	●	●	●	●	●			●		●	●	●	●	●	●	●		●	Netherlands
Norway		●	●												●	●	●	●	●	●	●		●	Norway
Poland	●	●	●												●	●	●	●	●	●	●		●	Poland
Portugal	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●		●	Portugal
Romania	●	●	●																				●	Romania
Russia		●	●																				●	Russia
San Marino																							●	San Marino
Serbia			●								●				●	●	●	●	●	●	●		●	Serbia
Slovakia	●	●	●												●	●	●	●	●	●	●		●	Slovakia
Slovenia	●	●	●						●														●	Slovenia
Spain	●	●	●	⑧	●	●	●	●	●	●	●	●	●		④	⑤	④		⑥	⑦		●	●	Spain
Sweden	●	●	●		●	●	●	●							●	●	●	●	●	●	●		●	Sweden
Switzerland	●	●	●					●		●					●	●	●	●					●	Switzerland
Turkey	●	●	●																				●	Turkey
Ukraine	●	●	●																				●	Ukraine
UK	●	●	●		●	●	●	⑨		●	⑨	⑩	⑨	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	UK

\*under UNSCR 1244/99

- Existing legal measure
- EU Member State
- ① 1 of 3: Republika Srpska, Federation of BiH
- ② 10 of 16: Baden-Württemberg, Berlin, Thuringia, Bremen, Sarre Region, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Saxonia, Northrhine-Westphalia, Lower Saxony
- ③ 5 of 16: Berlin, Thuringia, Bremen, Sarre Region, Brandenburg
- ④ 8 of 17: Extramadura, Andalusia, Canaries, Navarre, Basque Country, Galicia, Catalonia, Madrid
- ⑤ 5 of 17: Extramadura, Navarre, Basque Country, Galicia, Madrid
- ⑥ 1 of 17: Municipality of Madrid
- ⑦ 7 of 17: Andalusia, Basque Country, Navarre, Canaries, Madrid, Galicia, Catalonia
- ⑧ 2 of 17: Andalusia, Municipality of Madrid
- ⑨ 3 of 4: England, Wales, Scotland
- ⑩ 1 of 4: Scotland

# TRANS RIGHTS EUROPE MAP 2016

24 COUNTRIES REQUIRE STERILISATION  
IN GENDER IDENTITY RECOGNITION

## Forced Sterilisation

Identity documents reflecting a person's gender identity are important for the recognition and protection of trans people's dignity and safety. Many European states impose conditions before enabling a change of documents, including the requirement to be sterile.

Legal text can explicitly or implicitly request forced sterilisation. Implicit law might require proof of medical gender reassignment, or mandatory medical expertise that is traditionally only provided after genital surgery. Often, gender recognition procedures are not transparent in this regard, and medical and legal aspects are intertwined.

Learn more about legal gender recognition and what you can do to improve it:  
[tgeu.org/issues/legal-gender-recognition/](http://tgeu.org/issues/legal-gender-recognition/)

- STERILISATION REQUIRED
- NO LEGAL GENDER RECOGNITION
- NO STERILISATION REQUIRED

The Trans Rights Europe Map reflects the requirement for sterilisation in laws and administrative practices in gender recognition legislation in Europe. "Red" states require sterilisation either explicit or implicit. "Brown" states do not have reliable procedures in place. "Blue" states have established procedures and do not request sterility. The Trans Rights Europe Index provides detailed country information in 22 categories on the backside of this document.

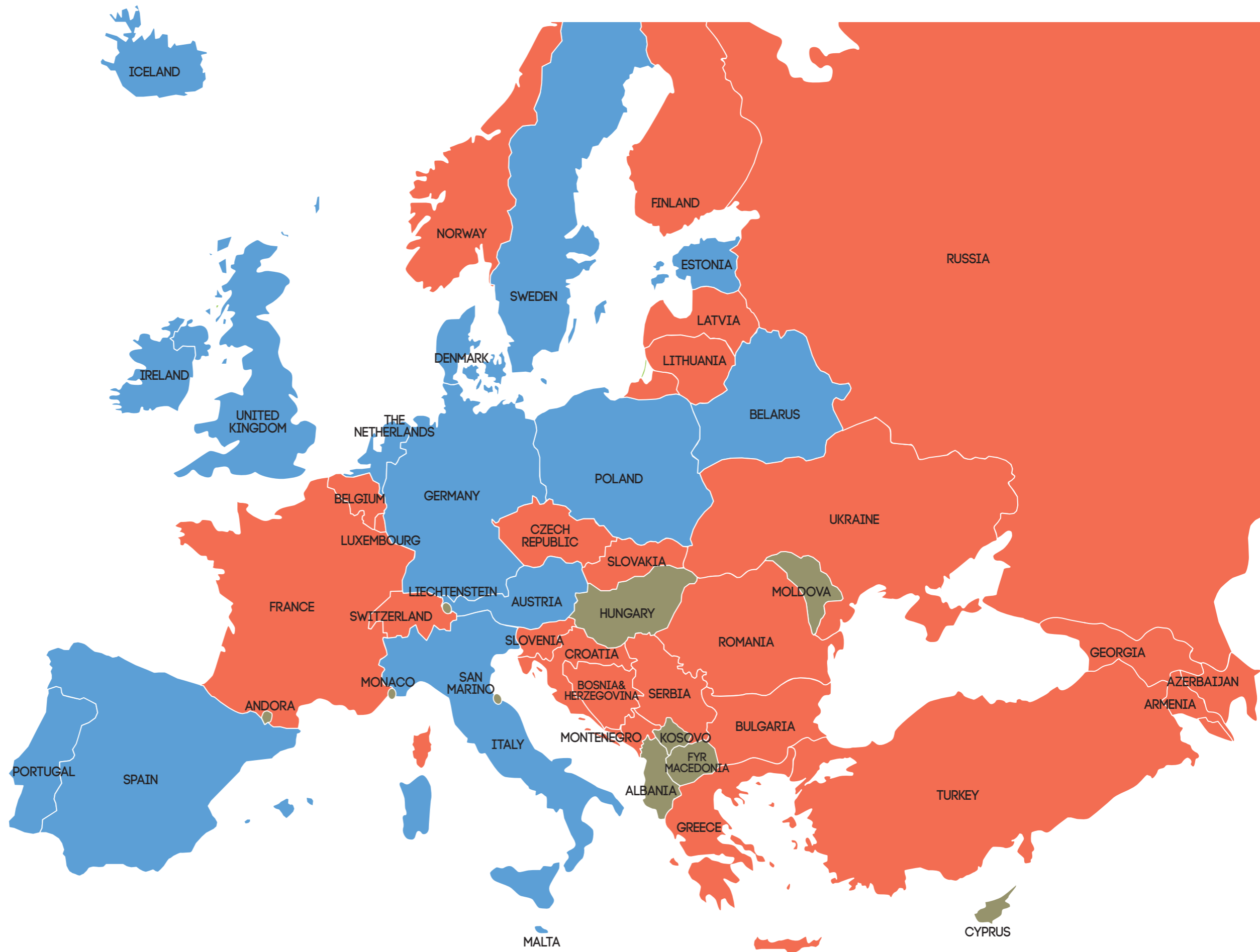
The Trans Rights Europe Map & Index has been developed in cooperation with ILGA-Europe.



[www.ilga-europe.org](http://www.ilga-europe.org)



This publication has been produced with financial support from the Open Society Foundations, the Dutch Government, and the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of TGEU, and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission, the Open Society Foundations, or the Dutch Government.



## Bibliografia

- AA.VV. (2010), *I confini della cittadinanza. Genere, partecipazione politica e vita quotidiana*, Milano, Franco Angeli, Milano.
- Ahmed S. (1999), *Differences that Matter: Feminist Theory and Postmodernism*, Cambridge University Press, Cambridge.
- \_\_\_\_\_ (2004), *The Cultural Politics of Emotion*, Routledge, New York.
- \_\_\_\_\_ (2007), "A phenomenology of whiteness", *Feminist Theory*, 8, 2, pp. 149-68.
- \_\_\_\_\_ (2010), *The Promise of Happiness*, Duke University Press, Durham.
- Aizura A.Z. (2006), "Of borders and homes: the imaginary community of (trans)sexual citizenship", *Inter-Asia Cultural Studies*, 7, 2, pp. 289-309.
- \_\_\_\_\_ (2010), "Feminine Transformations: Gender Reassignment Surgical Tourism in Thailand", *Medical Anthropology*, 29, 4, pp. 424-443.
- \_\_\_\_\_ (2011), *The Romance of the Amazing Scalpel: "Race", labour and affect in Thai gender reassignment clinics*, in *Queer Bangkok*, Hong Kong University Press, Hong Kong, pp. 143-62.
- Allen M.P., Pathy M. (2007), "Momentum: A photo essay of the transgender community in the United States over 30 years, 1978–2007", *Sexuality Research and Social Policy*, 4, 4, pp. 92-105.
- Anderson D., Anderson L. (2000), a cura di, *Territories of Desire in Queer Culture. Refiguring Contemporary Boundaries*, Manchester University Press, Manchester-New York.
- Arfini E. (2007), *Scrivere il sesso. Retoriche e narrative sulla transessualità*, Meltemi, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Everybody's passing. Passing, crossing e narrazioni trans*, in E. Ruspini, M. Inghilleri, a cura di, *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella post-modernità*, Liguori editore, Napoli.
- \_\_\_\_\_ (2013), *De/patologizzazione: al di là anche di questo dualismo?*, in Ballarin C., Padovano R., a cura di, *Esquimesi in Amazzonia. Dialoghi intorno alla depatologizzazione della società*, Mimesis, Milano.
- Arfini E., Lo Iacono C. (2012), *Canone inverso. Antologia di testi queer*, ETS, Pisa.
- Arietti L., Ballarin C. et al. (2010), a cura di, *Elementi di critica trans*, Manifestolibri, Roma.

- Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling (ALGBTIC), *Competencies for Counseling with Transgender Clients*, [http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/ALGBTIC\\_Counseling\\_Transgender\\_Clients\\_Competencies.pdf](http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/ALGBTIC_Counseling_Transgender_Clients_Competencies.pdf).
- Atamer Y.M. (2005), "The Legal Status of Transsexuals in Turkey", *International Journal of Transgenderism*, 8, 1, pp. 65-71.
- Bacchi C.L., Beasley, C. (2002), "Citizen bodies: is embodied citizenship a contradiction in terms?", *Critical Social Policy*, 22, 2, pp. 324-352.
- Bakhtin M. (2001), *L'opera di Rabelais e la cultura popolare*, Einaudi, Torino (ed. or. 1965).
- Baldo M., Borghi R., Fiorilli O. (2014), a cura di, *Il re nudo. Per un archivio drag king in Italia*, Edizioni ETS, Pisa.
- Ballarin C. (2013), *Introduzione*, in Ballarin C., Padovano R., a cura di, *Esquimesi in Amazzonia. Dialoghi intorno alla depatologizzazione della società*, Mimesis, Milano.
- Balsamo A. (1995), *Technologies of the Gendered Body: Reading Cyborg Women*, Duke University Press, Durham.
- Balsiger P., Lambelet A. (2014), *Participant observation* in Della Porta D., a cura di, *Methodological practices in social movement research*, Oxford University Press, Oxford, pp. 144-172.
- Barazzetti D., Leccardi C. (2001), a cura di, *Genere e mutamento sociale*, Rubbettino, Catanzaro.
- Barbagli M., Colombo A. (2001), *Omosessuali moderni. Gay e lesbiche in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Barneys W. (2001), *The Medicalization of Transgenderism*, in *Trans Health* [<http://www.trans-health.com/2001/medicalization-of-transgenderism/>]
- Bauman Z. (1998), *Work, consumerism and the new poor*, Open University Press, Philadelphia.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Liquid Modernity*, Polity, Cambridge.
- \_\_\_\_\_ (2001), *The Individualized Society*, Polity, Cambridge.
- Beauvoir S. (1949), *Le deuxième sexe*, Gallimard, Paris.
- Beck U., Beck-Gernsheim E. (2002), *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, SAGE, London.
- Bell D. (2006), "Bodies, Technologies, Spaces: On 'Dogging'", *Sexualities*, 9, 4, pp. 387-407.
- Bell D., Binnie J. (2000), *The Sexual Citizen: Queer Politics and Beyond*, Blackwell Publishers, Cambridge.

- Bell D., Holliday R. et al (2015), "Transnational healthcare, cross-border perspectives", *Social Science & Medicine*, 124, pp. 284-9.
- Bell S.E., Figert A.E. (2012), "Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward", *Social Science & Medicine*, 75, 5, pp. 775-783.
- Bellagamba A., Di Cori P. et al. (2000), *Generi di traverso: culture, storie e narrazioni*, Mercurio, Vercelli.
- Bellè E., Poggio B., Selmi G. (2012), a cura di, *Attraverso i Confini Del Genere*, Atti del Secondo Convegno Nazionale del Centro di Studi Interdisciplinari di Genere, 23-24 Febbraio 2012, Università degli Studi di Trento. [http://web.unitn.it/files/download/28910/atti\_convegno\_csg12\_copertina\_doppia\_web.pdf]
- Benadusi L. (2008), *Dalla paura al mito dell'indeterminatezza. Storia di ermafroditi, travestiti, invertiti e transessuali*, E. Ruspini, M. Inghilleri, a cura di, *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella post-modernità*, Liguori editore, Napoli.
- Benhabib S. (1994), *Feminism and the Question of Postmodernism*, in *The Polity reader in gender studies*, Polity, Cambridge.
- Benjamin H. (1968), *Il fenomeno transessuale*, Astrolabio, Roma (ed. or. 1966, *The transsexual phenomenon*, Julian Press, New York).
- \_\_\_\_\_ (2001), "International Gender Dysphoria Association's. The Standards Of Care For Gender Identity Disorders -- Sixth Version", *The International Journal of Transgenderism*, 5, 1.
- Berer M. (2010), "Cosmetic surgery, body image and sexuality", *Reproductive Health Matters*, 18, 35, pp. 4-10.
- Berg M. (2004), "Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice", *Body & Society*, 10, 2-3, pp. 13-41.
- Berger P. L., Luckmann T. (1969), *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Berridge V., Strong, P. (1993), a cura di, *AIDS and Contemporary History*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bertaux D. (1981), *Biography and society. The Life History Approach in the Social Sciences*, SAGE, Beverly Hills.
- \_\_\_\_\_ (1999), *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Franco Angeli, Milano (ed.or. 1998, *Les récits de vie*, Nathan, Paris).
- Berthelot J. (1986), "Sociological Discourse and the Body", *Theory, Culture and Society*, 3, pp.155-164 .

- \_\_\_\_\_ (1995), "The Body as a Discursive Operator: Or the Aporias of a Sociology of the Body", *Body & Society*, 1, 1, pp. 13-23.
- Bertolazzi C., Marcasciano P. et al. (in corso di pubblicazione), a cura di, *Il trattamento in carcere delle persone transessuali, transgender e gender variant nel contesto italiano*, UNAR, Dipartimento per le Pari Opportunità.
- Bertone C. (2014), "Esperienze plurali di famiglia: per un'alleanza tra generazioni", *Quaderni Laici*, 13, pp. 159-166.
- Bertone C., Casiccia A. et al. (2003), *Diversi da chi? Gay, lesbiche, transessuali in un'area metropolitana*, Guerini, Milano.
- Bettcher T.M. (2014), "Trapped in the Wrong Theory: Rethinking Trans Oppression and Resistance", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 39, 2, pp. 383-406.
- \_\_\_\_\_ (2014a), "When Selves Have Sex: What the Phenomenology of Trans Sexuality Can Teach About Sexual Orientation", *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 605-20.
- Bichi R. (2000), *La società raccontata. Metodi biografici e vite complesse*, Franco Angeli, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2002), *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Vita e pensiero, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2007), *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Billings D.B., Urban T. (1982), "The Socio-Medical Construction of Transsexualism: An Interpretation and Critique", *Social Problems*, 29, 3, pp. 266-82.
- Bilotta F. (2013), *Transessualismo*, in *Digesto delle discipline privatistiche, sezione civile*, diretto da Rodolfo Sacco, Utet, Torino.
- Bimbi F. (1989), *Diritti umani e cittadinanza delle donne*, in AA. VV., *I diritti umani a 40 anni dalla dichiarazione universale*, CEDAM, Padova.
- \_\_\_\_\_ (2003), *Differenze e disuguaglianze. Prospettive per gli studi di genere in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- \_\_\_\_\_ (2012), *Genere. Dagli Studi delle donne a un'epistemologia femminista tra dominio e libertà*, *About Gender. International Journal of Gender Studies*, vol. 1, 2.
- Bimbi F., Del Re A. (1997), *Genere e democrazia. La cittadinanza delle donne a cinquant'anni dal voto*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Binnie J. (2004), *The Globalization of Sexuality*, SAGE, London.
- Black P., Sharma U. (2001), "Men are real, women are 'made up': beauty therapy and the construction of femininity", *The Sociological Review*, 49, 1, pp. 100-116.
- Blackwood E., Wieringa S. E. (1999), *Female desire: same sex relations and transgender practices across culture*, Columbia University Press, New York.

- Blumer Herbert (1969), *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Boellstorff T., Cabral M. et al. (2014), “Decolonizing Transgender: A Roundtable Discussion”, *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 3, pp. 419-39.
- Bolin A. (1988), *In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage*, Bergin and Garvey Publ., Massachusset 1988.
- Bordo S. (1993), *Unbearable weight: feminism, Western culture and the body*, University of California Press, Berkeley.
- Borghini R. (2012), “Spazio. Corpi fuori luogo e fuori norma”, in Marchetti S., Masciat J. M.H., Perilli V., a cura di, *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, Roma, pp. 265-269.
- \_\_\_\_\_ (2014), “Performance de-genere. Pratiche di resistenza all’(etero)norma nello spazio pubblico”, *Doppiozero*, <http://www.doppiozero.com/materiali/soglie/performance-de-genere>, 17 settembre.
- Borgna P. (2005), *Sociologia del corpo*, Laterza, Roma-Bari.
- Bornstein K. (1994), *Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us*, Routledge, New York.
- \_\_\_\_\_ (1998), *My New Gender Workbook: A Step-by-Step Guide to Achieving World Peace Through Gender Anarchy and Sex Positivity*, Routledge, New York.
- Bornstein K., Bergman S.B. (2010), *Gender Outlaws: The Next Generation*, Seal Press, Berkeley.
- Boston Women’s Health Book Collective (1971), *Our Bodies, Our Selves*, New England Free, Boston.
- Boudon R. (2008), *Metodologia della ricerca sociologica*, Il Mulino, Bologna.
- Bourdieu P. (1999), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano (ed. or. 1998, *La domination masculine*, Édition du Seuil, Paris).
- \_\_\_\_\_ (2001), *Science de la science et réflexivité*, éd. Raisons d'agir, Paris (trad. it *Il mestiere di scienziato*, Feltrinelli, Milano 2003).
- Bourdieu P., Wacquant L. (1992), *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Le Seuil, Paris (trad. it. 1992, *Risposte. Per un’antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino).
- Bowman C., Goldberg J.M. (2006), “Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery”, *International Journal of Transgenderism*, 9, 3-4, pp. 135-165.

- Braidotti R. (1994), *Nomadic subjects: embodiment and sexual difference in contemporary feminist theory*, Columbia University Press, New York.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Madri, mostri, macchine*, Manifestolibri, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2014), *Il postumano. La vita oltre il sè, oltre la specie, oltre la morte*, Deriveapprodi, Roma.
- Braun V., Kitzinger C. (2001) "Telling it straight? Dictionary definitions of women's genitals", *Journal of Sociolinguistics*, 5, 2, pp. 214-32.
- \_\_\_\_\_ (2001a), "The Perfectible Vagina: Size Matters", *Culture, Health & Sexuality*, 3, 3, pp. 263-277.
- Braun V., Wilkinson S. (2001), "Socio-cultural representations of the vagina", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 1, pp. 17-32.
- Braun V., Wilkinson S. (2005), "Vagina equals woman? On genitals and gendered identity", *Women's Studies International Forum*, 28, 6, pp. 509-522.
- Broad K.L. (2002), "GLB+T?: Gender/Sexuality Movements and Transgender Collective Identity (De)Constructions", *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 7, 4, pp. 241-264.
- Bronzini M. (2013) in Vicarelli G., a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Franco Angeli, Milano.
- Broom D.H., Woodward R.V. (1996), "Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care", *Sociology of Health & Illness*, 18, 3, pp. 357-378.
- Brophy J.E. (2010), "Developing a corporeal cyberfeminism: beyond cyberutopia", *New Media & Society*, 12, 6, pp. 929-945.
- Bruner J. (1989), *Transforming Transvestitism and Trassexualism: Polarity, Politics, and Gender*; in Devor H., *Gender Blending: Confronting the Limits of Duality*, Indiana University Press, Bloomington, pp. 25-32.
- \_\_\_\_\_ (2002), *La fabbrica delle storie*, Laterza, Roma-Bari.
- Bullough V.L. (2000), "Transgenderism and the Concept of Gender", *The International Journal of Transgenderism*, 4, 3.
- Busi B., "Modificazioni. Mgf, trans e inter-sex", in Marchetti S., Mascat J. M.H., Perilli V., a cura di, *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, Roma, pp. 177-182.
- Busi B., Fiorilli O. (2014), "Introduzione. Per una prospettiva (trans)femminista sulla salute ai tempi del neoliberismo", *DWF, Tutta salute! Resistenze (trans)femministe e queer*, 3-4, 103-104, pp. 5-14.
- Busoni M. (2000), *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Carocci, Roma.



- Butler J. (1990), *Gender Trouble. Feminism and Subversion of Identity*, Routledge, New York-London.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Corpi che contano. I limiti discorsivi del "sesso"*, Feltrinelli, Milano. (ed. or. 1993, *Bodies that matter. On the discursive limit of sex*, Routledge, New York and London).
- \_\_\_\_\_ (1999) "Revisiting Bodies and Pleasures", *Theory, Culture & Society*, 16, 2, pp. 11-20.
- \_\_\_\_\_ (2001), "Doing Justice to Someone. Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality", *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 7, 4, pp. 621-636.
- \_\_\_\_\_ (2012), *Atti performativi e costituzione di genere: saggio di fenomenologia e teoria femminista* in Arfini E., Lo Iacono C., *Canone inverso. Antologia di testi queer*, ETS, Pisa.
- \_\_\_\_\_ (2014), *Fare e disfare il genere*, Mimesis, Milano (ed. or. 2004, *Undoing Gender*, Routledge, New York).
- Byron Good J. (1999), *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni Di Comunità, Torino.
- Calabrò A. R. (1997), *L'ambivalenza come risorsa. La prospettiva sociologica*, Laterza, Roma-Bari.
- Caldarera A., Pfäfflin F. (2011), "Transsexualism and Sex Reassignment Surgery in Italy", *International Journal of Transgenderism*, 13, 1, pp. 26-36.
- Califia P. (1997), *Sex Changes: the Politics of Transgenderism*, Cleis Press, San Francisco.
- Cangelosi S. (2015), "Marcella Di Folco: ritratto di signora", *About Gender*, 4, 8, pp. 310-20.
- Capussotti E. (1996), "Il corpo tra umano e transumano; gender, transgender and high tech", in «Chaos»- *quaderni di riflessione e dibattito politico-culturale*, 7, pp. 44-51.
- Cardaci G. (2015), "Per un 'giusto processo' di mutamento di sesso", *Il diritto di famiglia e delle persone*, 44, 4, pp. 1459-1495.
- Cardano M. (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa: percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2011), *La ricerca qualitativa*, Mulino, Bologna.
- Cardano M., Lepori G. (2012), *Udire la voce degli dei. L'esperienza del gruppo voci*, Franco Angeli, Milano.
- Carrera M.V., De Palma R. et al (2012), "Sex/gender identity: Moving beyond fixed and 'natural' categories", *Sexualities*, 15, 8, pp. 995-1016.
- Carter J. (2014), "Transition", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 235-7.

- Casalini B., Voli S. (2015), "We just need to pee". Corpi scomodi nei bagni pubblici, *InGenere*, 15.05.2015, <http://www.ingenere.it/articoli/we-just-need-pee-corpi-scomodi-bagni-pubblici>.
- Castañeda C. (2014), "Childhood", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 59-61.
- Castel P.-H. (2003), *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Gallimard, Parigi.
- Castellani A. (2010), *Vestire degenerare. Moda e culture giovanili*, Donzelli, Venezia.
- Cattapan A. (2009), *Theorizing Transgender Citizenship in Canada*, [https://www.researchgate.net/publication/239575019\\_Theorizing\\_Transgender\\_Citizenship\\_in\\_Canada](https://www.researchgate.net/publication/239575019_Theorizing_Transgender_Citizenship_in_Canada).
- Cecconi R. (1976), *Io, la "Romanina": perché sono diventato donna*, Vallecchi, Firenze.
- Chambers S.A. (2007), "'Sex' and the Problem of the Body: Reconstructing Judith Butler's Theory of Sex/Gender", *Body & Society*, 13, 4, pp. 47-75.
- Cipriani Roberto (1987), a cura di, *La metodologia delle storie di vita. Dall'autobiografia alla life history*, Euroma-La Goliardica, Roma.
- Colapinto J. (2001), *As nature made him. The Boy Who Was Raised as a Girl*, Harper Perennial, New York.
- Coleman E., Bockting W. et al. (2012), "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7", *International Journal of Transgenderism*, 13, 4, pp. 165-232.
- Colombo E., Navarini G. (1999), *Confini dentro la città. Antropologia della Stazione Centrale di Milano*, Edizioni Angelo Guerini e Associati, Milano.
- Colombo F., Franceschelli A. et al. (2010), "Conservazione della sensibilità neoclitoridea nella chirurgia del transsexualismo andro-ginoide: nostra esperienza", *Journal of Adrological Science*, 17, 3, p. 25.
- Connell R. (2012), "Transsexual Women and Feminist Thought: Toward New Understanding and New Politics", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 37, 4, pp. 857-881.
- \_\_\_\_\_ (2002), *Gender*, Polity Press, Cambridge (trad. it. 2002, *Questioni di genere*, Il Mulino, Bologna).
- Conrad P. (1992), "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209-232.
- \_\_\_\_\_ (2007), *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

- Consultoria Queer di Bologna (2014), “Ormonautica: le favolose avventure della Consultoria Queer nel mondo degli ormoni ‘sessuali’”, *DWF, Tutta salute! Resistenze (trans)femministe e queer*, 3-4, 103-104, pp. 15-24.
- Conway L. (2002), *How Frequently Does Transsexualism Occur*, <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/TSprevalence.html>.
- Conway L., Winter S. (2011), *How many trans\* people are there? A 2011 update incorporating new data*, <https://web.archive.org/web/20141205022609/http://web.hku.hk/~sjwinter/TransgenderASIA/paper-how-many-trans-people-are-there.htm>.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Corboz J. (2009), *Sexuality, Citizenship and Sexual Rights*, <http://www.iasscs.org/resource/sexuality-citizenship-and-sexual-rights>.
- Corradi L. (2009), a cura di, *Movimenti per la salute e associazioni delle persone malate*, Franco Angeli, Milano.
- Corsini F., Monceri F. (2013), *Schegge di genere. Dagli stereotipi alla cittadinanza*, ETS, Pisa.
- Cotten T. T. (2014), “Surgery”, *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 205-7.
- Council of Europe (2015), *Protecting Human Rights Transgender Persons. A short guide to legal gender recognition* [[http://www.ilga-europe.org/sites/default/files/short\\_guide\\_to\\_legal\\_gender\\_recognition.pdf](http://www.ilga-europe.org/sites/default/files/short_guide_to_legal_gender_recognition.pdf)].
- Crawford L.C. (2014), “Derivative Plumbing: Redesigning Washrooms, Bodies, and Trans Affects in ds+r’s Brasserie”, *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 621-635.
- Crenshaw K., *Demarginalising the Intersection of Race and Sex: A Black Feminism Critique to Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Anti-Racist Politics*, in *The University of Chicago Legal Forum*, 1, 1989, pp. 136-167.
- Crespi F. (2004), *Identità e riconoscimento nella sociologia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari.
- Crocetti D. (2012), *Che cosa fanno realmente i genitali?*, in Bellè E., Poggio B., Selmi G., a cura di, *Attraverso i Confini Del Genere*, Atti del Secondo Convegno Nazionale del Centro di Studi Interdisciplinari di Genere, 23-24 Febbraio 2012, Università degli Studi di Trento. [[http://web.unitn.it/files/download/28910/atti\\_convegno\\_csg12\\_copertina\\_doppia\\_web.pdf](http://web.unitn.it/files/download/28910/atti_convegno_csg12_copertina_doppia_web.pdf)]
- \_\_\_\_\_ (2013), *L’invisibile intersex. Storie di corpi medicalizzati*, Edizioni ETS, Pisa.
- Cromwell J. (1999), *Transmen and FTMs: identities, bodies, genders and sexualities*, University of Illinois Press, Urbana.

- Crossley N. (1994), "Book Reviews", *Sociology*, 28, 4, pp. 1025-1026.
- \_\_\_\_\_ (1995), "Body Techniques, Agency and Intercorporeality: On Goffman's Relations in Public", *Sociology*, 29, 1, pp. 133-149.
- \_\_\_\_\_ (1996), "Body-Subject/Body-Power: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty", *Body & Society*, 2, 2, pp. 99-116.
- \_\_\_\_\_ (2005), "Mapping Reflexive Body Techniques: On Body Modification and Maintenance", *Body & Society*, 11, 1, pp. 1-35.
- Crowley H., Lewis G. et al (1997), "Editorial: Citizenship: Pushing the Boundaries", *Feminist Review*, 57, pp. 1-3.
- Cuccio G. (2013), *CURAMI! Spunti per una dialettica dell'esperienza trans*, in Ballarin C., Padovano R., a cura di, *Esquimesi in Amazzonia. Dialoghi intorno alla depatologizzazione della società*, Mimesis, Milano.
- Currah P. (2008), "Stepping Back, Looking Outward: Situating Transgender Activism and Transgender Studies—Kris Hayashi, Matt Richardson, and Susan Stryker Frame the Movement", *Sexuality Research & Social Policy*, 5, 1, pp. 93-105.
- Currah P., Casper M. et al (2011), *Bringing Forth the Body*, in Casper, M. and Currah, P., a cura di, *Corpus: an interdisciplinary reader on bodies and knowledge*, Palgrave Macmillan US., pp. 1-20.
- Currah P., Minter S. (2000), *Transgender equality: a handbook for activists and policymakers*, National Center for Lesbian Rights and The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force [http://www.thetaskforce.org/static\_html/downloads/reports/reports/TransgenderEquality.pdf].
- Currah P., Spade D. (2007), "Introduction to special issue. The state we're in: location of coercion and resistance in trans policy. Part I", *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 4, pp. 1-6.
- Currah P., Stryker S. (2014), *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, Duke University Press.
- Dahl M., Feldman J.L. et al. (2006), "Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy", *International Journal of Transgenderism*, 9, 3-4, pp. 111-134.
- Dal Lago A. (2004), *Non-persone: l'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- Dal Lago A., De Biase R. (2002), a cura di, *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*, Laterza, Bari.
- Daly G., Cowen H. (2000), *Redefining the local citizen*, in L. McKie, N. Watson, a cura di, *Organising Bodies*, Macmillan, London.

- Dameno R. (2012), *Le persone transgenere. Le identità e i diritti*, Working paper n. 51, C.I.R.S.D.I.G., Centro Interuniversitario per le ricerche sulla Sociologia del Diritto, dell'informazione e delle Istituzioni Giuridiche, Università di Messina.
- Davidmann S. (2014), "Imag(in)ing Trans Partnerships: Collaborative Photography and Intimacy", *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 636-653.
- Davidson M. (2007), "Seeking Refuge Under the Umbrella: Inclusion, Exclusion, and Organizing within the Category Transgender", *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 4, pp. 60-80.
- Davies S., Goldberg, J.M. (2006), "Clinical Aspects of Transgender Speech Feminization and Masculinization", *International Journal of Transgenderism*, 9, 3-4, pp. 167-96.
- Davis A. (2012), *The Meaning of Freedom: And Other Difficult Dialogues*, City Light Book, San Francisco.
- Davis K., Lorber J. et al. (2006), *Handbook of Gender and Women's Studies*, SAGE, London.
- Davis, K. (2003), *Dubious Equalities and Embodied Differences: Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Rowman & Littlefield Publishers, Lanham.
- Davy Z. (2011), *Recognizing transsexuals: personal, political and medicolegal embodiment*, Ashgate, Farnham.
- de Lauretis T. (1987), *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction*, Indiana University Press, Bloomington.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Sui generis: scritti di teoria femminista*, Feltrinelli, Milano.
- \_\_\_\_\_ (1999), *Soggetti eccentrici*, Feltrinelli, Milano.
- De Lauri A., Achilli L. (2008), *Pratiche e politiche dell'etnografia*, Meltemi, Roma.
- Della Porta D. (2014), *Methodological Practices in Social Movement Research*, Oxford University Press, Oxford.
- Della Porta D., Diani M. (1997), *I movimenti sociali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Della Porta D., Greco M. et al. (a cura di) (2000), *Identità, riconoscimento, scambio*, Roma-Bari, Laterza.
- Denny D. (1989), *Transgender: Some Historical, Cross-Cultural, and contemporary Models and Methods of Coping and Treatment*, in H. Devor, *Gender Blending: Confronting the Limits of Duality*, Indiana University Press, Bloomington, pp. 33-43.
- Devor H. (1989), *Gender Blending: Confronting the Limits of Duality*, Indiana University Press. Bloomington.
- Di Cori P., Barazzetti D. (a cura di) (2001), *Gli studi delle donne in Italia. Una guida critica*, Carocci, Roma.

- Di Cori P., Pustianaz M. (2000), a cura di, *Generi di traverso*, Mercurio, Vercelli.
- Dierkes-Thrun P. (2014), “Transgender Studies Today: An Interview with Susan Stryker”, *The b2 Review. Boundary 2: An International Journal of Literature and Culture* [<http://boundary2.org/2014/08/20/transgender>].
- Ditte Slabbekoom, Van Goozen S. H.M. et al (2001), “Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Emotionality in Transsexuals”, *The International Journal of Transgenderis*, 5, 3.
- Doorduyn T., Van Berlo W. (2014) “Trans People’s Experience of Sexuality in the Netherlands: A Pilot Study”, *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 654-672.
- Douglas (1970), *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, Barrie&Rockliff, London.
- Doyle J., Roen K. (2008), “Surgery and Embodiment: Carving Out Subjects”, *Body & Society*, 14, 1, 1-7.
- Dozier R. (2005), “Beards, Breasts, and Bodies: Doing Sex in a Gendered World”, *Gender & Society*, 19, 3, pp. 297-316.
- Duden B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- \_\_\_\_\_ (2012), *Cittadinanza*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Edelman E.A., Zimman L. (2014), “Boycunts and Bonus Holes: Trans Men’s Bodies, Neoliberalism, and the Sexual Productivity of Genitals”, *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 673-90.
- Einstein G., Shildrick M. (2009), “The postconventional body: Retheorising women’s health”, *Social Science & Medicine*, 69, 2, pp. 293-300.
- Ekins R., King D. (1996), *Blending Genders: Social Aspects of Cross-dressing and Sex-changing*. Routledge, New York.
- \_\_\_\_\_ (1999), “Towards a sociology of transgendered bodies”, *Sociological Review*, 47, 3, pp. 580-602.
- \_\_\_\_\_ (2006), *The Transgender Phenomenon*, SAGE, London.
- \_\_\_\_\_ (2010), *The Emergence of New Transgendering Identities in the Age of the Internet*, in Hines S., Sanger T. (2010), a cura di, *Transgender identities: towards a social analysis of gender diversity*, Routledge, New York, pp. 25-42.
- Ellena L., Lo Iacono C. (a cura di) (2010), “Porpora Marcasciano. Gli ‘ottanta voglia’ di frocie lesbiche e trans”, *Zapruder*, 21, pp. 128-133.
- Ellena L., Perilli V. (2012), “Sesso/Genere. Le trappole della naturizzazione”, in Marchetti S., Mascat J. M.H., Perilli V., a cura di, *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, Roma, pp. 258-264.

- Elliot P. (2009), "Engaging Trans Debates on Gender Variance: A Feminist Analysis", *Sexualities*, 12, 1, pp. 5-32.
- Elliot P. (2010), *Debates in transgender, queer, and feminist theory: contested sites*, Ashgate, Farnham.
- Emerson R. M., Pollner M. (2001), *Constructing Participant/ Observation Relation*, in Emerson R., *Contemporary Field Research: Perspectives and Formulations*, Waveland Press, Long Grove.
- Enke A. (2012), *Transfeminist perspectives in and beyond transgender and gender studies*, Temple University Press, Philadelphia.
- Eurobarometer (2015), *Eurobarometer on Discrimination 2015: Social acceptance and perceptions on discrimination on the grounds of sexual orientation and gender identity*
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2014), *Being Trans in the EU - Comparative analysis of the EU LGBT survey data | European Union Agency for Fundamental Rights*. [<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>].
- Fabietti U. (1999), *Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione*, Laterza, Bari.
- \_\_\_\_\_ (2004), *Elementi di antropologia culturale*, Mondadori, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2003), a cura di, *Corpi, Antropologia Annuario*, 3, Meltemi, Roma.
- Fausto-Sterling A. (1993), "The five sexes", *The Sciences*, 33, 2, pp. 20-24.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Revised, Basic Books, New York, NY.
- \_\_\_\_\_ (2000a), "The five sexes, revisited", *The Sciences*, 40, 4, pp. 18-23.
- \_\_\_\_\_ (2003), "Science Matters, Culture Matters", *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, 1, pp. 109-124.
- \_\_\_\_\_ (2005), "The Bare Bones of Sex: Part 1—Sex and Gender", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30, 2, pp. 1491-527.
- Featherstone M. (1982), "The Body in Consumer Culture", *Theory, Culture & Society*, 1, 2, pp. 18-33.
- Featherstone M., Hepworth M. et al. (1991), *The Body. Social Process and Cultural Theory*, SAGE, London.
- Featherstone M., Turner B.S. (1995), "Body & Society: An Introduction", *Body & Society*, 1, 1, pp. 1-12.
- Feinberg L. (1993), *Stone Butch Blues*, Firebrand Books, Ithaca and New York.

- \_\_\_\_\_ (1996) *Transgender Warriors: Making History From Joan of Arc to Dennis Rodman*, Beacon Press Boston.
- \_\_\_\_\_ (1999) *Trans Liberation: Beyond Pink or Blue*, Beacon Press, Boston.
- \_\_\_\_\_ (2001), “Trans health crisis: for us it’s life or death”, *American Journal of Public Health*, 91, 6, pp. 897-900.
- Feldman J.L., Goldberg J.M. (2006), “Transgender Primary Medical Care”, *International Journal of Transgenderism*. 9, 3-4, pp. 3-34.
- Ferrajoli L. (1993), “La differenza sessuale”, *Democrazia e diritto*, 2, 33, pp. 49-73.
- Ferrera M. (2013), “Neowelfarismo liberale: nuove prospettive per lo stato sociale in Europa”, *Stato e mercato*, 1, pp. 3-36.
- Ficarra V., Salonia A. (a cura di) (2010), “La Salute Sessuale nel terzo millennio: un diritto dell’uomo e della coppia, un dovere dell’Andrologo”, *Journal of Andrological Science*, 17, 3, Pacini Editore, Pisa. [<http://www.journalofandrologicalsciences.eu/media/pdf%20jas%203-10%20intero.pdf>].
- Marradi A., Fideli R. (1996), “L’intervista” in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, vol. V., Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma.
- Fiorilli O. (2012), “Biomedicina. Affari di donne”, in Marchetti S., Mascat J. M.H., Perilli V., a cura di, *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, Roma, pp. 37-43.
- Fiorilli O., Voli S. (2016 in corso di pubblicazione), *De-patologizzazione trans\**, tra riconoscimento e redistribuzione, in Zappino F., a cura di, *Il genere tra neoliberalismo e neofondamentalismo*, Ombre Corte, Verona.
- Fiorino V., Gissi A. (2011), “Introduzione”, in Fiorino V., Gissi A., a cura di, *Plastiche, Genesis. Rivista della Società italiana delle Storiche*, X, 1, pp. 7-17.
- Fisher A.D., Castellini G. et al. (2014), “Cross-Sex Hormonal Treatment and Body Uneasiness in Individuals with Gender Dysphoria”, *The Journal of Sexual Medicine*, 11, 3, pp. 709-719.
- Fishman J.R., Mamo L. (2002), “What’s in a Disorder: A Cultural Analysis of Medical and Pharmaceutical Constructions of Male and Female Sexual Dysfunction”, *Women & Therapy*, 24, 1-2, pp. 179-93.
- Flick U. (2008), *Designing Qualitative Research*, SAGE, Los Angeles.
- \_\_\_\_\_ (2013), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, SAGE, Los Angeles.
- Flick U., Von Kardoff E. et al. (2004), a cura di, *A Companion to Qualitative Research*, 1st edition, SAGE, London.



- Flowers P., Langdridge D. et al. (2013), "On the Biomedicalisation of the Penis: The Commodification of Function and Aesthetics", *International Journal of Men's Health*, 12, 2, pp. 121-137.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris (trad. it. 1968, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino).
- \_\_\_\_\_ (1976) *Histoire de la sexualité I—La volonté de savoir*, Gallimard, Paris (trad. it 2006, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano).
- \_\_\_\_\_ (2000), *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano (ed.or. 1999 *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Seuil/Gallimard, Paris).
- \_\_\_\_\_ (2007), *Una strana confessione. Memorie di un ermafrodito presentate da Michel Foucault*, Einaudi, Torino.
- Fournier M., "Lines of Flight", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 121-2.
- Franco T., De Miranda L.C. et al. (2010), "Male-to-female transsexual surgery: experience at the UFRJ University Hospital", *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 37, 6, pp. 426-434.
- Fraser N. (2000), "Rethinking Recognition", *New Left Review*, 3, pp. 107-120.
- Freidson E. (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Furedi F. (2006), "The end of professional dominance", *Society*, 43, 6, pp. 14-18.
- Fusaschi M. (2008), *Corporealmente corretto: note di antropologia*, Meltemi, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2011), *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e di umanitarismo-spettacolo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- \_\_\_\_\_ (2011a), "Designer vagina", *Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche*, X, 1.
- Garfinkel H. (1967), *Studies in Ethnomethodology*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Agnese*, (a cura di Roberta Sassatelli), Armando Editore, Roma.
- Garner T. (2014), "Becoming", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 30-32.
- Garosi E. (2009), "Under Construction: Becoming Trans in Italy", *E-pisteme*, 2, 2, pp. 3-16.
- \_\_\_\_\_ (2012), "The politics of gender transitioning in Italy", *Modern Italy*, 17, 4, pp. 465-78.
- Gayle R. (1993), *Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality*, in *The Lesbian and Gay Studies Reader*, Routledge, New Yourk, pp. 143-178.

- Gazzola S.B., Morrison M.A. (2014), "Cultural and Personally Endorsed Stereotypes of Transgender Men and Transgender Women: Notable Correspondence or Disjunction?", *International Journal of Transgenderism*, 15, 2, pp. 76-99.
- Gender Identity Research and Education Society (GIRES) (2007), *A guide to hormone therapy for trans people*. [<http://www.teni.ie/attachments/9ea50d6e-1148-4c26-be0d-9def980047db.PDF>].
- Gerdes K. (2014), "Performativity", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 148-150.
- Ghigi R. (2008), *Per piacere. Storia culturale della chirurgia estetica*, Il Mulino, Bologna.
- Giddens A. (1983) *La società europea negli anni ottanta: divisioni di classe, conflitto di classe e diritti di cittadinanza*, in G. Pasquino, *Le società complesse*, Il Mulino, Bologna, (ed. or. 1982, *Class Division, Class Conflict and Citizenship Rights* in Giddens A., *Profiles and Critiques in Social Theory*, Macmillan, London).
- \_\_\_\_\_ (1995) *La trasformazione dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*, Il Mulino, Bologna (ed. or. 1992, *The transformation of the Intimacy*, Stanford University, California).
- Gill R. (2005), "Body Projects and the Regulation of Normative Masculinity", *Body & Society*, 11, 1, pp. 37-62.
- Gimlin D. (2006), "The Absent Body Project: Cosmetic Surgery as a Response to Bodily Disappearance", *Sociology*, 40, 4, pp. 699-716.
- \_\_\_\_\_ (2010), "Imagining the Other in Cosmetic Surgery", *Body & Society*, 16, 4, pp. 57-76.
- Glaser B. G., Strauss A. L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publishing Company, Chicago (ed. it. 2009).
- Gobo G. (2001), *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Carocci, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2002), *La ricerca qualitativa: passato, presente, futuro*, introduzione all'ed. it. di Silverman D., *Come fare ricerca qualitativa. Una guida pratica*, a cura di Gobo G., Carocci, Roma, pp. 15-30.
- Godano A. (2013), *La medicina oltre le frontiere binarie*, in Ballarin C., Padovano R., a cura di, *Esquimesi in Amazzonia. Dialoghi intorno alla depatologizzazione della società*, Mimesis, Milano.
- Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall) (ed. It. 2003, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Roma)
- \_\_\_\_\_ (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- \_\_\_\_\_ (1976), "Gender Advertisements", *Studies in the Anthropology of Visual Communication*, 3, 2, pp. 69-154.

- \_\_\_\_\_ (1977) "The Arrangement Between the Sexes", *Theory and Society*, 4/3.
- \_\_\_\_\_ (2002), *On Fieldwork*, in Weinberg D., a cura di, *Qualitative Research Methods*, Blackwell, London.
- Goldberg J.M. (2006), "Training Community-Based Clinicians in Transgender Care", *International Journal of Transgenderism*, 9, 3-4, pp. 219-31.
- Gooren L. J. (1999), "Hormonal Sex Reassignment", *The International Journal of Transgenderism*, 3, 3.
- \_\_\_\_\_ (2011), "Clinical practice. Care of transsexual persons", *The New England Journal of Medicine*, 364, pp. 1251-7.
- Gordon N. R., Buth J., Spade D. (2005), *Medical Therapy and Health Maintenance for Transgender Man: a Guide for Health Care Providers*, Lyon Martin Woman's Health Services, San Francisco, CA.
- Gorton N.R. (2007), "Transgender Health Benefits: Collateral Damage in the Resolution of the National Health Care Financing Dilemma", *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 4, pp. 81-91.
- Gould D. B. (2009), *Moving Politics: Emotions and ACT UP's Fight against AIDS*, University of Chicago Press, Chicago.
- Grabham E. (2007), "Citizen Bodies, Intersex Citizenship", *Sexualities*, 10, 1, pp. 29-48.
- Green J. (2004), *Becoming a Visible Man*, Vanderbilt University Press, Nashville.
- Gressgard R. (2010), "When trans translates into tolerance - or was it monstrous? Transsexual and transgender identity in liberal humanist discourse", *Sexualities*, 13, 5, pp. 539-61.
- Guidicini P. (2007), *Questionari, interviste, storie di vita*, Angeli, Milano.
- Hagen D.B., Galupo M.P. (2014), "Trans Individuals' Experiences of Gendered Language with Health Care Providers: Recommendations for Practitioners", *International Journal of Transgenderism*, 15, 1, pp. 16-34.
- Haiken E. (2011), *L'invidia di Venere. Storia della chirurgia estetica*, Bologna, Odoya.
- Halberstam J. (1998), *Female Masculinity*, Duke University Press, Durham.
- \_\_\_\_\_ (2005), *In a Queer Time and Place: Transgender Bodies, Subcultural Lives*, NY University Press, NY and London.
- \_\_\_\_\_ (2014), *The Transgender Look*, in Stryker S., Aizura A. Z. (2014), a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. 119-129.
- Hale J. (1997), *Suggested Rules for Non-Transsexuals Writing about Transsexuals, Transsexuality, Transsexualism, or Trans*. [<http://sandystone.com/hale.rules.html>]

- Hampshire K., Iqbal N. et al (2014), "The interview as narrative ethnography: seeking and shaping connections in qualitative research", *International Journal of Social Research Methodology*, 17, 3, pp. 215-31.
- Hanssmann C., Morrison D. et al (2008), "Talking, Gawking, or Getting It Done: Provider Trainings to Increase Cultural and Clinical Competence for Transgender and Gender-Nonconforming Patients and Client", *Sexuality Research & Social Policy*, 5, 1, pp. 5-23.
- Haraway D. (1995), *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Feltrinelli, Milano (ed. or. 1991, *A Cyborg Manifesto: Science, Technology and Socialist Feminism in thye Late Twenth Century*, in *Simians Cyborg and Woman: the Reinvention of Nature*, Routledge, New York).
- \_\_\_\_\_ (1997) *Modest\_Witness@Second\_Millennium.FemaleMan©\_Meets\_Oncomouse™*, Routledge, New York and London.
- Harding J. (1996), "Sex and Control: The Hormonal Body", *Body & Society*, 2, 1, pp. 99-111.
- \_\_\_\_\_ (2003), a cura di, *The Feminist Standpoint Theory Reader. Intellectual and Political Controversies*, Routledge, New York.
- Hassard J., Holliday R. (2001), a cura di, *Contested Bodies*, Routledge London, New York.
- Hérault L. (2004), "Constituer des hommes et des femmes: la procédure de transsexualisation", in *Terrain*, 42, Mars, pp. 95-108.
- Herdt G. (1994), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, Zone Books, New York.
- Héritier F. (2002), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Bari (ed.or. 1996, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob).
- Heyes C.J. (2000), "Reading Transgender, Rethinking Women's Studies", *NWSA Journal*, 12, 2, pp. 170-180.
- Hilderbrand L. (2006), "Retroactivism in GLQ", *Journal of Lesbian and Gay Studies*, 12, 2, pp. 303-317.
- Hines S. (2003), "Feminist Solidarity after Queer Theory: The Case of Transgender", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 28, 4, pp. 1093-120.
- \_\_\_\_\_ (2009), "Diagnosing Culture: Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery", *Body & Society*, 15, 4, pp. 73-93.
- \_\_\_\_\_ (2006), "Intimate Transitions: Transgender Practices of Partnering and Parenting", *Sociology*, 40, 2, pp. 353-71.
- \_\_\_\_\_ (2006a) "What's the Difference? Bringing Particularity to Queer Studies of Transgender", *Journal of Gender Studies*, 15, 1, pp. 49-66.

- \_\_\_\_\_ (2007), “(Trans)Forming Gender: Social Change and Transgender Citizenship”, *Sociological Research Online*, 12, 1.
- \_\_\_\_\_ (2007a), *Trans Forming gender: transgender practices of identity, intimacy and care*, Policy Press, Bristol.
- \_\_\_\_\_ (2007b) “Transgendering care: Practices of care within transgender communities”, *Critical Social Policy*, 27, 4, pp. 462-86.
- \_\_\_\_\_ (2009), ‘(Trans) Gendered Fabrications: Exploring Surgery Debates in Transgender Theory and Trans Narratives’ in Klaver, E., a cura di, *Fabricating the Body*, SUNY Press, pp. 193-208.
- \_\_\_\_\_ (2009), “A pathway to diversity?: human rights, citizenship and the politics of transgender”, *Contemporary Politics*, 15, 1, pp. 87-102.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Queerly situated? Exploring negotiations of trans queer subjectivities at work and within community spaces in the UK”, *Gender, Place & Culture*, 17, 5, pp. 597-613.
- \_\_\_\_\_ (2013), *Gender diversity, recognition and citizenship: towards a politics of difference*, Palgrave Macmillan, Houndmills.
- Hines S., Sanger T. (2010), a cura di, *Transgender identities: towards a social analysis of gender diversity*, Routledge, New York.
- Hird M.J. (2000), “Gender’s nature: Intersexuality, transsexualism and the ‘sex’/’gender’ binary”, *Feminist Theory*, 1, 3, pp. 347-364.
- \_\_\_\_\_ (2002), “For a Sociology of Transsexualism”, *Sociology*, 36, 3, pp. 577-595.
- Hoberman J. (2006), *Testosterone Dreams: Rejuvenation, Aphrodisia, Doping*, University of California Press, Berkeley.
- Hockey J., James A. (2002), “L’incorporamento dell’età. Identità e salute sessuale attraverso il corso della vita”, *Rassegna Italiana di Sociologia*, XLIII, 3, pp. 353-377.
- Holliday R. (2006), “Aesthetic surgery as false beauty”, *Feminist Theory*, 7, 2, pp. 179-95.
- Holliday D.R., Hassard J. (2001), *Contested Bodies. An introduction*, in *Contested Bodies*. Psychology Press, 1-17.
- Holliday R., Cairnie A. (2007), “Man Made Plastic: Investigating men’s consumption of aesthetic surgery”, *Journal of Consumer Culture*, 7, 1, pp. 57-78.
- Hsu S. (2010), “Assuming a body: Transgender and rhetorics of materiality, by Gayle Salamon”, *Women & Performance: a journal of feminist theory*, 20, 3, pp. 357-360.
- Huizinga J., Garin E. (2004), *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*, Sansoni.

- ILGA-Europe (2015), *Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe*. [[http://www.ilga-europe.org/sites/default/files/01\\_full\\_annual\\_review\\_updated.pdf](http://www.ilga-europe.org/sites/default/files/01_full_annual_review_updated.pdf)].
- Illich I. (1976), *Limits to Medicine; Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Marion Boyars Publishers, London.
- Illich I., Zola I.K. et al (2000), *Disabling Professions*, Marion Boyars Publishers Ltd, New York.
- Illouz E. (2008), *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. 1st edition, University Press Group Ltd, Berkeley.
- Indino V. (2014), “No(du)li di senso e fiocchi rosa”, *DWF, Tutta salute! Resistenze (trans)femministe e queer*, 3-4, 103-104, pp. 25-36.
- International Commission of Jurists, 2007, *Yogyakarta principles: principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*, March 2007, [www.unhcr.org/refworld/docid/48244e602.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/48244e602.html).
- Irving D. (2008), “Normalized Transgressions: Legitimizing the Transsexual Body as Productive”, *Radical History Review*, 2008, 100, pp. 38-59.
- \_\_\_\_\_ (2014), *Normalized Transgressions: Legitimizing the Transsexual Body as Productive*, in Stryker S., Aizura A. Z. (2014), a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. 15-29.
- Insin E.F., Turner B.S. (a cura di) (2002), *Handbook of citizenship studies*, SAGE, London.
- ISTAT (2012), *La popolazione omosessuale nella società italiana*, Anno 2011.
- Jedlowski P., Leccardi C., (2003), *Sociologia della vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna.
- Jedlowski P., Rampazi M. (1991), a cura di, *Il senso del passato. Saggi per una sociologia della memoria*, Angeli, Milano.
- Jeffreys S. (1997), “Transgender Activism: A Lesbian Feminist Perspective”, *Journal of Lesbian Studies*, 1, 3-4, pp. 55-74.
- Keller E.F. (1982), “Feminism and Science”, *Signs*, 7, 3, pp. 589-602.
- \_\_\_\_\_ (1987), “The Gender/Science System: Or, Is Sex to Gender as Nature Is to Science?”, *Hypatia*, 2, 3, pp. 37-49.
- Kessler S.J., McKenna W. (1978), *Gender: An Ethnomethodological Approach*, University of Chicago Press.
- \_\_\_\_\_ (2000), “Who put the ‘Trans’ in Transgender? - Gender Theory and Everyday Life”, *The International Journal of Transgenderism*, 4, 3.

- Kessler S.J. (1990), "The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants", *Signs*, 16, 1, pp. 3-26.
- King R.S., Brown G.R., et al (2012), "Voice Parameters That Result in Identification or Misidentification of Biological Gender in Male-to-Female Transgender Veterans", *International Journal of Transgenderism*, 13, 3, pp. 117-130.
- Koyama E. (2001), *transfeminism-manifesto.pdf*. [<http://eminism.org/readings/pdf-rdg/tfmanifesto.pdf>].
- Koch-Rein A. (2014), "Monster", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 135-6.
- Krueger M., Yekani S.A.H., et al (2007), "Use of Erectile Prostheses in Patients with Free Forearm Flap Phalloplasty", *International Journal of Transgenderism*, 10, 1, pp. 19-22.
- Kunzel R. (2014), "The Flourishing of Transgender Studies", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 285-297.
- Langer S. (2014), "Our Body Project: From Mourning to Creating the Transgender Body", *International Journal of Transgenderism*, 15, 2, pp. 66-75.
- Laqueur T. (1990), *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Harvard University Press, Berkley (trad. it. 1992, *L'identità sessuale dai Greci a Freud*, Laterza, Roma-Bari).
- Laub D. R. (2000), *Aspetti chirurgici del disordine di identità di genere: un apporto interdisciplinare*, in Nadalin D.A., Stella P. (a cura di), *Transiti. Percorsi e significati dell'identità di genere*, Atti del Convegno Scientifico Internazionale, 28-29-30 giugno 2000, Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche Sociali.
- Leccardi C. (2002), a cura di, *Tra i generi. Rileggendo le differenze di genere, di generazione e di orientamento sessuale*, Guerini, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2005), "Gender, Time and Biographical Narrative", *Journal of Social Science Education (JSSE)*, 2, pp. 1-13.
- \_\_\_\_\_ (2007a), *Stereotipi di genere*, in C. Buzzi, A. Cavalli, A. de Lillo, *Rapporto giovani. Sesta indagine dell'Istituto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, Bologna, Il Mulino, pp. 233-247.
- \_\_\_\_\_ (2007b), *Oltre i ruoli di genere. Nuove relazioni, nuove contraddizioni*, in M. Fiumanò (a cura di), *Desiderio di uomo. Desiderio di donna?*, Roma, Carocci, pp. 65-72.
- \_\_\_\_\_ (2016), *Genere e società*, in Cipriani R., *Nuovo Manuale di Sociologia*, Maggioli editore, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Lock M. (1993), "Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge", *Annual Review of Anthropology*, 22, pp. 133-155.
- Lorber J. (1997), *Gender and the Social Construction of Illness*, SAGE, Los Angeles.

- \_\_\_\_\_ (1994), *Paradoxes of Gender*, Yale.
- \_\_\_\_\_ (2000), “Using Gender to Undo Gender: A Feminist Degendering Movement”, *Feminist Theory*, 1, pp. 101-18.
- Lorenzetti A. (2013), *Modifica del sesso e necessità dell'intervento chirurgico: lo stop and go della giurisprudenza di merito*, <http://www.articolo29.it/2013/modifica-del-sesso-e-necessita-dellintervento-chirurgico-lo-stop-and-go-della-giurisprudenza-di-merito/>.
- \_\_\_\_\_ (2013a), *Lost in Transition: la depatologizzazione e la tutela costituzionale delle persone trans*, in Ballarin C., Padovano R., a cura di, *Esquimesi in Amazzonia. Dialoghi intorno alla depatologizzazione della società*, Mimesis, Milano.
- Love H. (2014), “Queer”, *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 172-176.
- Lusardi R., Manghi S. (2013), *I limiti del sapere tecnico*, in Vicarelli G., a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Franco Angeli, Milano.
- Malinowski B. (1922), *Argonauts of the Western Pacific: An account of native enterprise and adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*, Routledge and Kegan Paul, London (ed. it. 2011).
- Mamo L., Fishman J.R. (2001), “Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body”, *Body & Society*, 7, 4, pp. 13-35.
- Manieri C., Castellano E. et al. (2014), “Medical Treatment of Subjects with Gender Identity Disorder: The Experience in an Italian Public Health Center”, *International Journal of Transgenderism*, 15, 2, pp. 53-65.
- Marcasciano P. (2002), *Tra le rose e le viole. La storia e le storie di transessuali e travestiti*, Manifestolibri, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2006), *Trans, donne e femministe. Coscienze divergenti e/o sincroniche*, in T. Bertilotti, C. Galasso, A. Gissi, F. Lagorio, *Altri femminismi. Corpi culture lavoro*, Manifestolibri, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2007), *Antologaiia. Sesso genere e cultura degli anni '70*, Il dito e la Luna, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Le tracce del transito. Tratti e ritratti di un percorso*, in E. Ruspini, M. Inghilleri (a cura di), *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella post-modernità*, Liguori editore, Napoli.
- \_\_\_\_\_ (2008a), *Favolose narranti. Storie di transessuali*, Manifestolibri, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2015), *Antologaiia. Vivere sognando e non sognare di vivere: i miei anni Settanta*, Alegre, Milano.
- Marone P., Iacoella S. et al. (1998), “An Experimental Study of Body Image and Perception in Gender Identity Disorders”, *The International Journal of Transgenderism*, 2, 3.
- Marradi A. (2007), *Metodologia delle Scienze Sociali*, Il Mulino, Bologna.



- Mauss M. (1965), *Le tecniche del corpo*, in M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino 1965, pp. 383-409 (ed. or. 1936).
- Mazzoni C.M. (2008), *Per uno statuto del corpo*, Giuffrè Editore.
- McQueen P. (2014), “Enslaved by one’s body? Gender, citizenship and the ‘wrong body’ narrative”, *Citizenship Studies*, 18, 5, pp. 533-548.
- McInroy L. B., Craig S. L. (2015), “Transgender representation in offline and online media: LGBTQ youth perspectives”, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25, 6, pp. 606-61.
- Melucci A. (1982), *L'invenzione del presente. Movimenti, identità, bisogni collettivi*, Il Mulino, Bologna.
- \_\_\_\_\_ (1989), *Nomads of the Present. Social Movements and Individual Needs in Contemporary Society*, Temple University Press, Philadelphia.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Culture in gioco. Differenze per convivere*, Il Saggiatore, Milano.
- Meriggiola M.C., Gava G. (2015), “Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen”, *Clinical Endocrinology*, 83, 5, pp. 597-606.
- Meriggiola, M.C., Gava G. (2015a), “Endocrine care of transpeople part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transwomen”, *Clinical Endocrinology*, 83, 5, pp. 607-615.
- Merton R. K. (1976), *Sociological ambivalence and other essays*, The Free Press, New York.
- Meyerowitz J. (2002), *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, Harvard University Press, Cambridge.
- Miller Q. (2011), *Queer Exteriors: Transgender Aesthetics In Early Gay and Lesbian Advertising*. In Cotten T., a cura di, *Transgender Migrations: The Bodies, Borders and Politics of Transition*, Ed. Trystan Cotton, New York, pp. 76-91.
- Mol A. (2003), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham.
- Monceri F. (2010), *Oltre l'identità sessuale. Teorie queer e corpi transgender*, ETS, Pisa.
- Monceri F. (2012), “Beyond the Rules. Transgressive Bodies and Political Power”, in *Teoria*, XXXII/1, pp. 27-45.
- Monro S. (2000), “Theorizing transgender diversity: Towards a social model of health”, *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 1, pp. 33-45.
- \_\_\_\_\_ (2003), “Transgender Politics in the UK”, *Critical Social Policy*, 23, 4, pp. 433-452.

- \_\_\_\_\_ (2005), *Gender politics: citizenship, activism and sexual diversity*, Pluto Press, London.
- \_\_\_\_\_ (2005a), "Beyond Male and Female: Poststructuralism and the Spectrum of Gender", *International Journal of Transgenderism*, 8, 1, pp. 3-22.
- \_\_\_\_\_ (2007), "Transmuting Gender Binaries: the Theoretical Challenge", *Sociological Research Online*, 12, 1.
- Monro S., Warren L. (2004), "Transgendering Citizenship", *Sexualities*, 7, 3, pp. 345-362.
- Moore S. E. H. (2010), "Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health", *Body & Society*, 16, 2, pp. 95-118.
- Morgan K.P. (1991), "Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies", *Hypatia*, 6, 3, pp. 25-53.
- Munro R., Belova O. (2008), "The body in time: knowing bodies and the 'interruption' of narrative: The body in time: knowing bodies and the 'interruption' of narrative", *The Sociological Review*, 56, pp. 85-99.
- Nadalin D.A., Stella P. (a cura di), *Transiti. Percorsi e significati dell'identità di genere*, Atti del Convegno Scientifico Internazionale, 28-29-30 giugno 2000, Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche Sociali.
- Namaste V. (2005), *Sex Change, Social Change: Reflections on Identity, Institutions, and Imperialism*, Women's Press, Toronto.
- Nataf Z. (1996), *Lesbians Talk Transgender*, Scarlet Press, London.
- Nedelmann B. (1991), *L'ambivalenza come principio di socializzazione*, in *Rassegna italiana di sociologia*, XXXIII, 2, pp. 233-255.
- Negrin L. (2002), "Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity", *Body & Society*, 8, 4, pp. 21-42.
- Newfield E., Hart S. et al (2006), "Female-to-male transgender quality of life", *Quality of Life Research*, 15, 9, pp. 1447-1457.
- Nicotra M. (2008), *Transgender FtM. Snodi nel discorso sociale, scientifico e soggettivo*, in Ruspini E., Inghilleri M., (a cura di), *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella post-modernità*, Liguori editore, Napoli.
- Nussbaum M. (1999), *Sex & Social Justice*, Oxford University Press, New York (trad. it. 2000, *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*, Il Mulino, Bologna).
- O'Brien M. (2013), *Tracing This Body: Transsexuality, Pharmaceuticals, and Capitalism*, in Stryker S., Aizura A. Z., a cura di, *The Transgender Studies Reader 2*, Routledge, New York, pp. 56-65.
- Oakley A. (1972), *Sex, Gender and Society (Towards a New Society)*, Temple Smith, London.

- \_\_\_\_\_ (2010), “The social science of biographical life-writing: some methodological and ethical issues”, *International Journal of Social Research Methodology*, 13, 5, pp. 425-439.
- Ochoa M., (2014), *Perverse Citizenship: Divas, Marginality, and Participation in “Localization”*, in Stryker S., Aizura A. Z., a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. 443-456.
- Olagnero M., Saraceno C. (1993), *Che vita è? L’uso dei materiali biografici nell’analisi sociologica*, La Nuova Italia Scientifica, Firenze.
- Ong A., Collier S.J. (2008), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, John Wiley & Sons.
- Open Society Foundation (2013), *Transforming Health. International Rights-Based Advocacy for Trans Health* [<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/transforming-health-20130213.pdf>].
- \_\_\_\_\_ (2014), *License to be yourself. Low and advocacy for legal gender recognition of trans people* [<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/license-to-be-yourself-20140501.pdf>].
- \_\_\_\_\_ (2015), *License to be yourself: forced sterilization* [<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/lgr-forced-sterilization-20151120.pdf>].
- Oudshoorn N. (1994), *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*, Routledge, New York, London.
- Outhwaite W., Bottomore T. et al. (1997), (ed. it. a cura di P. Jedlowski), *Dizionario delle scienze sociali*, Il Saggiatore, Milano.
- Owen G. (2014), “Adolescence”, *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 22-4.
- Pandolfi M. (2002), *Corpo/Body*, in Duranti A., a cura di, *Culture e discorso: un lessico per le scienze umane*. [[http://www.ec-aiss.it/biblioteca/pdf/duranti\\_culture\\_e\\_discorso/15\\_pandolfi\\_corpo.pdf](http://www.ec-aiss.it/biblioteca/pdf/duranti_culture_e_discorso/15_pandolfi_corpo.pdf)], pp. 91-5.
- Parker R. (2009), *Women, Doctors and Cosmetic Surgery: Negotiating the ‘Normal’ Body*, Palgrave Macmillan, New York.
- Parsons T. (1951), *The Social System*, The Free Press, New York.
- \_\_\_\_\_ (1965), “Full Citizenship for the Negro American? A Sociological Problem”, *Daedalus*, 94, 4, *The Negro American*, pp. 1009-1054.
- Pasquinelli C. (1987), *Le ambiguità del corpo*, in *Problemi del socialismo*, pp. 9-14.
- Passerini L. (1991), *Storia di donne e di femministe*, Rosenberg & Sellier, Torino.

- Pateman C. (1988), *The Sexual Contract*, Stanford University Press (trad. it. 1997, *Il contratto sessuale*, Editori Riuniti, Roma).
- Pelusi C., Costantino A. et al. (2014), "Effects of Three Different Testosterone Formulations in Female-to-Male Transsexual Persons", *The Journal of Sexual Medicine*, 11, 12, pp. 3002-3011.
- Percovich L. (2005), *La coscienza del corpo. Donne, salute e medicina negli anni Settanta*, Franco Angeli, Milano.
- Perovic S.V., Stanojevic D.S. et al. (2005), "Vaginoplasty in Male to Female Transsexuals Using Penile Skin and Urethral Flap", *International Journal of Transgenderism*, 8, 1, pp. 43-64.
- Pfäfflin F. (2011), "Remarks on the History of the Terms *Identity* and *Gender Identity*", *International Journal of Transgenderism*, 13, 1, pp. 13-25.
- Pfeffer C.A. (2014), "Making Space for Trans Sexualities", *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 597-604.
- Phelan S. (2001), *Sexual strangers: gays, lesbians, and dilemmas of citizenship*, Temple University, Philadelphia.
- Phillips R. (2014), "Abjection", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 19-21.
- Piccone S. S., Saraceno C. (1996), a cura di, *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, Il Mulino, Bologna.
- Pitch T. (2012), "Autodeterminazione. Chi decide per me", in Marchetti S., Mascat J. M.H., Perilli V., a cura di, *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, Roma, pp. 22-26.
- Pitts Taylor V. (1999), "Body Modification, Self-Mutilation and Agency in Media Accounts of a Subculture", *Body & Society*. 5, 2-3, pp. 291-303.
- \_\_\_\_\_ (2003), *In the Flesh: The Cultural Politics of Body Modification*, Palgrave Macmillan, New York.
- \_\_\_\_\_ (2002), "Le donne e i progetti di trasformazione fisica: femminismo e tecnologie del corpo", in *Rassegna Italiana di Sociologia*, XLIII, 3, luglio-settembre, pp. 379-405.
- \_\_\_\_\_ (2007), *Surgery Junkies: Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Cultural Encyclopedia of the Body*, Greenwood Publishing Group Incorporated.
- Pizza G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- Plummer K. (1995), *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*, Routledge London, New York.

- \_\_\_\_\_ (2001), "The Square of Intimate Citizenship: Some Preliminary Proposals", *Citizenship Studies*, 5, 3, pp. 237-253.
- \_\_\_\_\_ (2002), "La sociologia della sessualità e il ritorno del corpo", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, pp. 487-502 .
- \_\_\_\_\_ (2003), *Intimate Citizenship: Private Decisions and Public Dialogues*, University of Washington Press, Seattle-London.
- Poggi B., Valastro O.M. (2012), a cura di, "Raccontare, ascoltare, comprendere: metodologia e ambiti di applicazione delle narrazioni nelle scienze sociali", *M@gm@ International Journal*, 10, 1.
- Poggio B. (2006), "Editorial: Outline of a Theory of Gender Practices", *Gender, Work and Organization*, 13, 3, pp. 225-33.
- Poggio B., Valastro O. M. (2012), a cura di, *Raccontare Ascoltare Comprendere, M@gm@*, vol.10, 1, Gennaio-Aprile.
- Poidimani N. (2006), *Oltre le monoculture del genere*, Mimesis, Milano.
- Pomata G. (1981), *La storia delle donne: una questione di confine*, in Tranfaglia N., a cura di, *Il mondo contemporaneo. Gli strumenti della ricerca*, vol. X, tomo II, La Nuova Italia, Firenze, pp. 1434-69.
- Pozzi E. (1994), "Per una sociologia del corpo", *Il Corpo*, 2, pp. 106-144.
- Preciado B. (2002), *Manifesto contra-sessuale*, Il Dito e la Luna, Milano (ed. or. 2000, *Manifeste contra-sexuel*, Éditions Balland, Paris).
- \_\_\_\_\_ (2008), "Pharmaco-pornographic Politics: Towards a New Gender Ecology", *Parallax*, 14, 1, pp. 105-117.
- \_\_\_\_\_ (2014), *The Pharmaco-Pornographic Regime: Sex, Gender, and Subjectivity in the Age of Punk Capitalism*, in Stryker S., Aizura A. Z., a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. 266-277.
- \_\_\_\_\_ (2015), *Testo tossico. Sesso, droghe e biopolitiche nell'era farmacopornografica*, Fandango, Roma (ed. or. 2008, *Testo Yonqui*, Espasa Calpe, Madrid).
- \_\_\_\_\_ (2015a), "Catalogna trans", *Internazionale*, 19 Gennaio.
- \_\_\_\_\_ (2015b), "Scordiamoci di essere speciali", *Internazionale*, 11 Febbraio.
- \_\_\_\_\_ (2015c), "L'identità di genere al tempo di Google", *Internazionale*, 22 Maggio.
- \_\_\_\_\_ (2015d), "Sesso libero, ma con i farmaci", *Internazionale*, 15 Giugno.
- \_\_\_\_\_ (2015e), "Alle frontiere del genere", *Internazionale*, 27 Ottobre.
- \_\_\_\_\_ (2015f), "Come riconoscersi in un'altra voce", *Internazionale*, 8 Novembre.

- Prosser J. (1995), “No Place Like Home: The Transgendered Narrative of Leslie Feinberg’s Stone Butch Blues”, *MFS Modern Fiction Studies*, 41, 3, pp. 483-514.
- \_\_\_\_\_ (1998), *Second Skins: The Body Narratives of Transsexuality*, Columbia University Press, New York.
- Rachlin K., Hansbury G. et al. (2010), “Hysterectomy and Oophorectomy Experiences of Female-to-Male Transgender Individuals”, *International Journal of Transgenderism*, 12, 3, pp. 155-166.
- Ravaoli P. (2002), “Tra oggettivismo e soggettivismo. Problemi ed evoluzione della teoria sociale di Bourdieu”, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, pp. 459-485.
- Ravenna A.R., Ruggeri V. (1999), a cura di, *Transsessualismo e identità di genere*, Edizioni Universitarie Romane.
- Raymond J. (1980) *The Transsexual Empire*, Women’s Press, London.
- Reuters T. (2003), “A conversation with Susan Stryker”, *International Feminist Journal of Politics*, 5, 1, pp. 118–125.
- Richardson D. (1998), “Sexuality and Citizenship”, *Sociology*, 32, 1, pp. 83-100.
- \_\_\_\_\_ (2000), “Claiming Citizenship? Sexuality, Citizenship and Lesbian/Feminist Theory”, *Sexualities*, 3, 2, pp. 255-272.
- \_\_\_\_\_ (2012), “Sexing the X: How the X became the ‘female chromosome’”, *Signs: Journal of Women in Culture & Society*, 37, 4, pp. 909-933.
- Rinaldi C. (2015), “Queering canons. Methodological heteronormativities and queer inquietudes”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 18, pp. 83-94.
- Roen K. (2002), *Tecnologie trans-sexing. Considerazioni critiche e discursive*, in Leccardi C., a cura di, *Tra i generi. Rileggendo le differenze di genere, di generazione e di orientamento sessuale*, Guerini, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2002a), “‘Either/Or’ and ‘Both/Neither’: Discursive Tensions in Transgender Politics”, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 27, 2, pp. 501-22.
- \_\_\_\_\_ (2008), “‘But We Have to Do Something’: Surgical ‘Correction’ of Atypical Genitalia”, *Body & Society*, 14, 1, pp. 47-66.
- Romano M. (2016), *Trans. Storie di ragazze XY*, Mursia, Venezia.
- Rubin G. (1975), *The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex*, in Reiter R., a cura di, *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, New York, pp. 157-210.
- Rubin H. (2003), *Self-Made Men: Identity and Embodiment among Transsexual Men*, Vanderbilt University Press, Nashville.

- Rudacille D. (2005), *The riddle of gender: science, activism, and transgender rights*, Pantheon Books, New York.
- Rupert Raj M.A. (2002), "Towards a Transpositive Therapeutic Model: Developing Clinical Sensitivity and Cultural Competence in the Effective Support of Transsexual and Transgendered Clients", *The International Journal of Transgenderism*, 6, 2.
- Ruspini E. (2007), "Changing Femininities, Changing Masculinities Social Change, Gender Identities and Sexual Orientations", *Sociological Research Online*, 12, 1.
- \_\_\_\_\_ (2005), a cura di, *Donne e uomini che cambiano. Relazioni di genere, identità sessuali e mutamento sociale*, Guerini, Milano.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Le identità di genere*, Il Mulino, Bologna (1<sup>a</sup> ed. 2001).
- Ruspini E., Inghilleri M. (2008), a cura di, *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella post-modernità*, Liguori editore, Napoli.
- Salamon G. (2010), *Assuming a body: transgender and rhetorics of materiality*, Columbia University Press, New York.
- Sanchez N.F., Sanchez J.P. et al. (2009), "Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City", *American Journal of Public Health*, 99, 4, pp. 713-9.
- Saraceno C., Olangero M. (1993), *Che vita è: l'uso dei materiali biografici nell'analisi sociologica*, Nis, Roma.
- Saraceno C. (1987), *Pluralità e mutamento. Riflessioni sull'identità femminile*, Franco Angeli, Milano.
- \_\_\_\_\_ (1998), "La struttura di genere della cittadinanza", *Democrazia e Diritto*, n. 1.
- Sassatelli R. (1998), "Il corpo femminile tra tecnologie di trasformazione e cultura di consumo", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, pp. 413-426.
- \_\_\_\_\_ (1999), "Plasticità, corpo e potere. Una rassegna della 'politica del corpo' come problematica sociologica", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4, pp. 627-650.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Introduzione*, in Garfinkel H., *Agnese*, a cura di Roberta Sassatelli, Armando Editore, Roma.
- \_\_\_\_\_ (2002), "Presentazione", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, pp. 319-326.
- \_\_\_\_\_ (2002a), "Corpi in pratica: 'habitus', interazione e disciplina", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, pp. 429-458.
- \_\_\_\_\_ (2006), "Corpi ibridi. Sesso, genere, sessualità", *Aut Aut*. 330/2, pp. 29-57.
- \_\_\_\_\_ (2006a), *Presentazione. Uno sguardo di genere* in R.W. Connell, *Questioni di genere*, Bologna, Il Mulino, pp. 7-21.

- Sassen S. (2014), Who are we, the citizens? *European Alternatives*, <https://euroalter.com/2014/who-are-we-the-citizens>.
- Slabbekoorn D., Van Goozen S. et al. (2001), *Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Emotionality in Transsexuals*, "International Journal of Transgenderism", 5, 3, [[http://www.symposion.com/ijt/ijtvo05no03\\_02.htm](http://www.symposion.com/ijt/ijtvo05no03_02.htm)].
- Scarmoncin L. (2012), "Gli studi lgbtiq in Italia. Uno sguardo multidisciplinare. Interventi di Maya De Leo, Rachele Borghi, Cirus Rinaldi, Sara Garbagnoli, Charlotte Ross", *Contemporanea*, 4, pp. 691-724.
- Scheper-Hughes N. (1994), "Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology", in Borofsky R., a cura di, *Assessing Cultural Anthropology*, McGraw-Hill, New York.
- Scheper-Hughes N., Lock M.M. (1987), "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1, pp. 6-41.
- Schettini L. (2011), *Il gioco delle parti. Travestimenti e paure sociali tra Otto e Novecento*, Le Monnier, Firenze.
- Schilling C. (1993), *The Body and Social Theory*, SAGE, London.
- Schilt K., Windsor E. (2014), "The Sexual Habitus of Transgender Men: Negotiating Sexuality Through Gender", *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 732-748.
- Schrock D. (2005), "Transsexuals' Embodiment of Womanhood", *Gender & Society*, 19, 3, pp. 317-335.
- Schutz Alfred (1962), *Collected Papers*, Martinus Nijhoff, The Hague.
- \_\_\_\_\_ (1967), *The Phenomenology of the Social World* (1932), Northwestern University Press, Evanston; (trad. it. *La fenomenologia del mondo sociale*, Il Mulino, Bologna 1974)
- \_\_\_\_\_ (1979), *Saggi sociologici*, UTET, Torino.
- Sciolla L. (1983), *Identità. Percorsi di analisi in sociologia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Sciurba A. (2012), "Cittadinanza. Diritti confinati e atti performativi", in Marchetti S., Mascat J. M.H., Perilli V., a cura di, *Femministe a parole. Grovigli da districare*, Ediesse, Roma, pp. 44-49.
- Scott J. W. (1987), "Gender: A Useful Category of Historical Analysis", in *The American Historical Review*, 91, 5, pp. 560-586 (tr. it. *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica*, in Fazio I. (2013), a cura di, *Genere, politica, storia*, Viella, Roma, pp. 31-63.
- Sedgwick Kosofsky E. (1990), *Epistemology of the Closet*, University of California Press (ed. it. 2011, *Stanze private. Epistemologie e politica della sessualità*, Carocci, Roma).



- Seidman S. (1997), *Difference Troubles. Queering Social Theory and Sexual Politics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Semi G. (2010), *L'osservazione partecipante*, Il Mulino, Bologna.
- Sera F. (2011), *In un corpo differente*, Comma 22, Bologna.
- Serano J. (2007), *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*, SEAL, Los Angeles.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Psychology, sexualisation and trans-invalidation*, Keynote lecture presented at the 8th Annual Philadelphia Trans-Health Conference, <http://www.juliaserano.com/av/Serano-TransInvalidations.pdf>.
- \_\_\_\_\_ (2013), *Excluded: Making Feminist and Queer Movements More Inclusive*, SEAL, Berkeley.
- Shildrick M. (1999), "This Body Which is Not One: Dealing with Differences", *Body & Society*, 5, 2-3, pp. 77-92.
- \_\_\_\_\_ (2008), "Corporeal Cuts: Surgery and the Psycho-social", *Body & Society*, 14, 1, pp. 31-46.
- \_\_\_\_\_ (2010), "Some Reflections on the Socio-cultural and Bioscientific Limits of Bodily Integrity", *Body & Society*, 16, 3, pp. 11-22.
- Shilling C. (1993), *The Body and Social Theory*, (3a ed.), SAGE, London
- \_\_\_\_\_ (2012), *The Body and Social Theory*, (2a ed.), SAGE, London.
- \_\_\_\_\_ (2004), *The Body in Culture, Technology and Society*, SAGE, London.
- \_\_\_\_\_ (2012), *The Body and Social Theory*, (3a ed.), SAGE, London.
- Shorter E. (1984), *Storia del corpo femminile*, Feltrinelli, Milano.
- Shotwell A. (2012), "Open Normativities: Gender, Disability, and Collective Political Change", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 37, 4, pp. 989-1016.
- Siciliano E. (1998), supplemento metodologico su cd del volume di Melucci A., *Verso una sociologia riflessiva*, Il Mulino, Bologna.
- Siebler K. (2012), "Transgender Transitions: Sex/Gender Binaries in the Digital Age", *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 16, 1, pp. 74-99.
- Silverman D.(2010), a cura di, *Qualitative Research*, SAGE, Los Angeles.
- Silverman D., Marvasti A. (2008), *Doing Qualitative Research: A Comprehensive Guide*, SAGE, Los Angeles.

- Simone A. (2010), "Corpi a-normali. Eccedenze del diritto e norma eterosessuale", *Sociologia del Diritto*, 1, pp. 65-79.
- \_\_\_\_\_ (2010), *I corpi del reato*, Mimesis, Milano.
- Sinding C., Miller P. et al. (2012), "Of time and troubles: Patient involvement and the production of health care disparities", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 16, 4, pp. 400-417.
- Singer T. B. (2006), *From the Medical Gaze to Sublime Mutations: The Ethics of (Re)Viewing Non-normative Body Images*, in Stryker S., Whittle S., a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. 601-20.
- \_\_\_\_\_ (2014), "Umbrella", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 259-61.
- Smith N., Stanley E.A. (2011), *Captive Genders: Trans Embodiment and the Prison Industrial Complex*, AK Press, Oakland.
- Smith N.J. (2015), "Corporeal Capitalism: The Body in International Political Economy", *Global Society*, 29, 1, pp. 64-69.
- Spade D. (2003), "Resisting Medicine, Re/modeling Gender", *Berkeley Women's Law Journal*, 18, pp. 15-37.
- \_\_\_\_\_ (2006), *Compliance is gendered: struggling for gender self-determination in a hostile economy*, in Currah, P., Juang, R.M., and Minter, S., a cura di, *Transgender rights*, University of Minnesota Press, Minneapolis, pp. 217-241.
- Spade D., Currah P. (2008), "Introduction to Special Issue The State We're In: Locations of Coercion and Resistance in Trans Policy, Part 2", *Sexuality Research & Social Policy*, 5, 1, pp. 1-4.
- Spehr C. (2007), "Male-to-Female Sex Reassignment Surgery in Transsexuals", *International Journal of Transgenderism*, 10, 1, pp. 25-37.
- Stanley E. A. (2014), "Gender self-determination", in *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 89-91.
- Statera G. (1982), *Metodologia della ricerca sociale*, Palumbo, Palermo.
- Steinbock E. (2014), "On the Affective Force of 'Nasty Love'", *Journal of Homosexuality*, 61, 5, pp. 749-765.
- Steinbock E., Bleeker M. (2008), "Introduction: What 'body' works and what bodies do not fit", *Parallax*, 14, 1, pp. 1-8.
- Stoller (1968), *Sex and Gender. On the Development of Masculinity and Femininity*, Science House.

- Stone S. (1991), *The "Empire" Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*, Authorized Version, Department of Radio, Television and Film, the University of Texas at Austin Copyright, <http://sandystone.com/empire-strikes-back.pdf>.
- Stroumsa D. (2014), "The State of Transgender Health Care: Policy, Law, and Medical Frameworks", *American Journal of Public Health*, 104, 3, pp. 31-38.
- Stryker S. (1994), "My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage", *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 1, 3, pp. 237-254.
- \_\_\_\_\_ (2008), "Dungeon Intimacies: The Poetics of Transsexual Sadomasochism", *Parallax*, 14, 1, pp. 36-47.
- Stryker S., Aizura A. Z. (2014), a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York
- Stryker S., Currah P. et al. (2008), "Introduction: Trans-, Trans, or Transgender?", *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 36, 3-4, pp. 11-22.
- Stryker S., Whittle S. (2006), a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York.
- Sullivan N. (2008), "The Role of Medicine in the (Trans)Formation of 'Wrong' Bodies", *Body & Society*, 14, 1, pp. 105-116.
- \_\_\_\_\_ (2014) *Transmogrification: (Un)Becoming Other(s)*, in Stryker S., Whittle S. (2006), a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. 552-564.
- Sweetman P. (1999), "Anchoring the (Postmodern) Self? Body Modification, Fashion and Identity", *Body & Society*, 5, 2-3, pp. 51-76.
- T'Sjoen G., Moerman M. et al. (2006), "Impact of Voice in Transsexuals", *International Journal of Transgenderism*, 9, 1, pp. 1-7.
- Taylor Y., Hines S. et al. (2010), *Theorizing intersectionality and sexuality. Genders and Sexualities in the Social Sciences*, Palgrave Macmillan, New York.
- Tedlock B. (1991), "From Participant Observation to the Observation of Participation: The Emergence of Narrative Ethnography", *Journal of Anthropological Research*, 47.
- Thomas W. I., Znaniecki F. (1918), *The Polish Peasant in Europe and America*, University of Chicago Press, Chicago (ed. it. 1968, *Il contadino polacco in Europa e in America*, Comunità, Milano).
- Tognetti Bordogna (2013), in Vicarelli G., a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Franco Angeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M., Ornaghi A. (2010), *SENZA WELFARE? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo*, Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010, Paper

- presentato al Convegno *La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato*.
- Tolomelli M. (2015), *L'Italia dei movimenti. Politica e società nella Prima repubblica*, Carocci, Bologna.
- Trappolin L. (2004), *Identità in azione. Mobilitazione omosessuale e sfera pubblica*, Roma, Carocci.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Leggere e scrivere il corpo tatuato. Individualizzazione e riconoscimento nella modernità avanzata*, in G. Guizzardi (a cura di), *Identità incorporate. Segni, immagini, differenze*, Il Mulino, Bologna, pp. 137-175.
- Trombetta C. et al. (2000), *La femminilizzazione dei genitali esterni e la creazione della neovagina*, in Nadalin D.A., Stella P. (a cura di), *Transiti. Percorsi e significati dell'identità di genere*, Atti del Convegno Scientifico Internazionale, 28-29-30 giugno 2000, Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche Sociali.
- Turner B.S. (1984), *The Body and Society*, Basil Blackwell, Oxford.
- \_\_\_\_\_ (1992), *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*, Routledge, New York.
- \_\_\_\_\_ (1996), *The Body and Society: Explorations in Social Theory*, 2<sup>nd</sup> edition, SAGE, Los Angeles.
- \_\_\_\_\_ (2008), *The Body and Society: Explorations in Social Theory*, SAGE, Los Angeles.
- \_\_\_\_\_ (2012), a cura di, *Routledge handbook of body studies*, Routledge international handbooks, Routledge, New York.
- Turolla C. (2008), *Il mito dell'iperdonna*, in Ruspini E., Inghilleri M., a cura di, *Transessualità e scienze sociali. Identità di genere nella post-modernità*, Liguori editore, Napoli.
- Tusini S. (2006), *L'intervista come relazione*, Franco Angeli, Milano.
- Valastro O.M. (2003), a cura di, "L'observation participante", *M@gm@ Internationa Journal*, 1, 1.
- Valentine, D. (2007), *Imagining Transgender: An Ethnography of a Category*, Duke University Press, Durham.
- Van Der Ros J. (2013), *Transgendered citizenship in the Norwegian welfare state: The non-recognition of diversities, or Gender Equality for all kinds of gender?* Atti del Convegno 3rd European Conference on Politics and Gender, 21-23 March 2013, Barcellona, Standing Group on Gender and Politics [[https://www.researchgate.net/publication/266027737\\_Transgendered\\_citizenship\\_in\\_the\\_Norwegian\\_welfare\\_state\\_The\\_non-recognition\\_of\\_diversities\\_or\\_Gender\\_Equality\\_for\\_all\\_kinds\\_of\\_gender](https://www.researchgate.net/publication/266027737_Transgendered_citizenship_in_the_Norwegian_welfare_state_The_non-recognition_of_diversities_or_Gender_Equality_for_all_kinds_of_gender)].

- \_\_\_\_\_ (2014), *The Role of the Welfare State in Creating (E-)quality of Life. Recognizing Differences and distributly differently*. Atti del Convegno ESF Exploratory Workshop on Transgender and Political Science in Europe: a comparative approach. 17-19 September 2014 Brussels (Belgium).
- \_\_\_\_\_ (2015), *Equality is not enough – for trans\* people*, Conference paper [https://www.researchgate.net/profile/Janneke\\_Van\\_Der\\_Ros/publication/272175248\\_Equality\\_is\\_not\\_enough\\_-\\_for\\_trans\\_people/links/54ddf8b90cf2814662ec2210.pdf/download?version=vrp](https://www.researchgate.net/profile/Janneke_Van_Der_Ros/publication/272175248_Equality_is_not_enough_-_for_trans_people/links/54ddf8b90cf2814662ec2210.pdf/download?version=vrp).
- Vicarelli G. (2013), a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Franco Angeli, Milano.
- Vitelli R., Valerio P. et al. (2012), a cura di, *Sesso e genere: uno sguardo tra storia e nuove prospettive*, Liguori, Napoli.
- Voli S. (2014), *Allargare la polis dei generi. Movimenti femministi e movimento transessuale tra anni Settanta e Ottanta in Italia: silenzi, azioni e omissioni. Una questione storiografica da aprire*, in Casanova C., Lagioia V., *Genere e storia: percorsi*, Bononia University Press, Bologna.
- Warren C. (2001), *Gender and Fieldwork Relations*, in Emerson R., *Contemporary Field Research: Perspectives and Formulations*, Waveland Press, Long Grove.
- Wallace P.M., Rasmussen S. (2010), “Analysis of Adulterated Silicone: Implications for Health Promotion”, *International Journal of Transgenderism*, 12, 3, pp. 167-75.
- Wassersug R., Gray R.E. et al. (2007), “Experiences of Transwomen with Hormone Therapy”, *Sexualities*, 10, 1, pp. 101-22.
- Weber M. (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie* (ed. it. 2005, *Economia e società. Comunità*).
- \_\_\_\_\_ (1922a), *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Tübingen (trad. it., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino 1958).
- Weeks J. (1998), “The Sexual Citizenship”, *Theory, Culture & Society*, 15, 3, pp. 35-52.
- Weeks, J. et al. (2001), *Same Sex Intimacies: Families of Choice and Other Life Experiments*, London and New York, NY: Routledge.
- West C., Zimmerman D. (1987), “Doing Gender”, *Gender & Society*, 1, pp. 125-51.
- Westbrook L., Schilt K. (2014), “Doing Gender, Determining Gender: Transgender People, Gender Panics, and the Maintenance of the Sex/Gender/Sexuality System”, *Gender & Society*, 28, 1, pp. 32-57.
- Whitehead J.C., Thomas J. (2013), “Sexuality and the ethics of body modification: Theorizing the situated relationships among gender, sexuality and the body”, *Sexualities*, 16, 3-4, pp. 383-400.pitc

- Whittle S. (2001), *The Trans-Cyberian Mail Way*, in Hassard J., Holliday R., a cura di, *Contested Bodies*, Routledge London, New York.
- \_\_\_\_\_ (2006), *Foreword*, in Stryker S., Whittle S. (2006), a cura di, *The Transgender Studies Reader*, Routledge, New York, pp. xi-xvi.
- Wickman J. (2003), "Masculinity and female bodies", *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 11, 1, pp. 40-54.
- Williams C. (2014), "Transgender", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1, 1-2, pp. 232-4.
- Wilson A. (2011), "Foreign Bodies and National Scales: Medical Tourism in Thailand", *Body & Society*, 17, 2-3, pp. 121-137.
- Winkler M. (2015), *Rettificazione anagrafica di sesso senza intervento chirurgico: anche il Tribunale di Genova dice sì*. [<http://www.quotidianogiuridico.it/documents/2015/04/23/rettificazione-anagrafica-di-sesso-senza-intervento-chirurgico-anche-il-tribunale-di-genova-dice-si>].
- World Professional Association for Transgender Health (2011), *Standards of Care per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme*, trad. it. a cura dell'Osservatorio Nazionale Identità di Genere [[http://www.onig.it/drupal/docs/SoC7\\_ita.pdf](http://www.onig.it/drupal/docs/SoC7_ita.pdf)].
- Xavier J., Bradford J. et al. (2013), "Transgender Health Care Access in Virginia: A Qualitative Study", *International Journal of Transgenderism*, 14, 1, pp. 3-17.
- Yerke A.F., Mitchell V. (2011), "Am I Man Enough Yet? A Comparison of the Body Transition, Self-Labeling, and Sexual Orientation of Two Cohorts of Female-to-Male Transsexuals", *International Journal of Transgenderism*, 13, 2, pp. 64-76.
- Young I.M. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press.
- Yuval-Davis N. (1997), "Women, Citizenship and Difference", *Feminist Review*, 57, pp. 4-27.
- Zimman L. (2011), *The discursive construction of sex: Remaking and reclaiming the gendered body in talk about genitals among trans men*, in Zimman, L., Raclaw, J., Davis, J., a cura di, *Queer Excursions: Retheorizing Binaries in Language, Gender, and Sexuality*, Oxford University Press, Oxford, pp. 13-34.
- Zincone G. (1987), *Cittadinanza*, in G. Zaccaria (a cura di), *Lessico della Politica*, Edizioni del Lavoro, Roma.
- \_\_\_\_\_ (1991), *Donne, cittadinanza, differenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 778-787.
- \_\_\_\_\_ (1992), *Da sudditi a cittadini*, Il Mulino, Bologna.
- Zola I.K. (1972), "Medicine as an institution of social control", *The Sociological Review*, 20, 4, pp. 487-504.

\_\_\_\_\_ (1966), "Culture and Symptoms-An Analysis of Patient's Presenting Complaints",  
*American Sociological Review*, 31, 5, pp. 615-630