

*La medicalizzazione dell'esperienza trans nel
percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso".
Una ricerca etnografica nella città di Napoli*

Marzia Mauriello

dottore di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
/ assegnista di ricerca e docente a contratto di Etnologia nella Università degli studi
Suor Orsola Benincasa (Napoli)
[marziamauriello@gmail.com]

Siamo nate in clinica, e lì siamo rimaste
Porpora Marcasciano

(dichiarazione al Pride Park, Roma 5 giugno 2011)

La performance incorporata

In un saggio pubblicato nel 1990, Judith Butler affronta il tema della natura performativa delle identità di genere “decostruendo” il binarismo maschile/femminile e restituendo al corpo sessuato la sua dimensione culturale e naturalizzata. La sua analisi sulla performatività, in relazione ai corpi e alle identità che essi vengono a incarnare, parte anzitutto dalla considerazione che con essa si debba intendere “una ripetizione e un rituale che sortisce i suoi effetti mediante la naturalizzazione nel contesto di un corpo” (BUTLER J. 2004 [1990]: XIX⁽¹⁾). Questa sua concettualizzazione può essere posta in relazione all’idea di presenza in senso demartiniano, per la quale l’individuo diviene consapevole e sicuro del suo essere al mondo agendo in esso e attraverso un costante riferimento al contesto, storicamente e culturalmente determinato, che in questo modo si rivela parte costitutiva del soggetto, della sua identità, nonché del suo corpo, nel modo in cui egli lo percepisce e rappresenta all’esterno. Asserire che il genere è performativo non vuol dire, però, ridurre la nozione di “interiorità psichica” a un insieme di atti ritualizzati e naturalizzati, ma sottolineare che è buona parte di ciò che facciamo *da* (e non in quanto, poiché ne costituirebbe il presupposto) uomini o donne a renderci tali, la

conferma continua di uno *status* determinato da un *habitus* (BOURDIEU P. 1998). Per *habitus* si può intendere sia l'insieme degli atteggiamenti che un soggetto sociale assume o delle azioni che compie, sia, in relazione a quanto appena detto, il modo in cui la persona si presenta (a partire da ciò che indossa), la qual cosa *evidentemente* consente, dall'esterno, una valutazione immediata sulla sua identità di genere attraverso un processo che è naturalizzato pur basandosi su una serie di elementi culturali facilmente decostruibili (GARBER M. 1994 [1991]; GOFFMAN E. 1959).

L'insieme dei comportamenti e dei ruoli che bisogna assumere per riconoscersi ed essere riconosciuti come appartenenti a una "giusta" categoria di genere, quella, nella maggior parte dei casi, corrispondente al proprio sesso anatomico, rende il genere «un insieme di attributi» – un modo di essere e di rappresentarsi – al quale bisogna sempre mostrarsi adeguati (BUSONI M. 2000: 22-23; GILMORE D. (2003 [1990]): 26); questo processo, costante e non contrattabile, di adeguamento a ciò che si considera norma in quanto parametro conoscitivo (BUTLER J. 2006 [2004]), prevede dei codici culturali, determinati a loro volta da pratiche discorsive (FOUCAULT M. 1984 [1976]), onnicomprensivi e imprescindibili che riguardano e coinvolgono in primo luogo il corpo, nel modo in cui gli altri lo percepiscono e, ancor prima, nel modo in cui il soggetto lo considera e interpreta elaborando, attraverso di esso, l'immagine di sé.

Ecco perché «nel momento in cui vengono a mancare le banali e consuete percezioni culturali, in cui non si riesce a leggere con sicurezza il corpo che si vede», lettura determinata, come accennato poc'anzi, già *a priori* dal modo in cui *si impara* a guardare e a guardarsi, allora «non si è più sicuri se il corpo in cui ci si è imbattuti sia quello di un uomo o di una donna» (BUTLER J. 2004 [1990]: XXVII), a partire da considerazioni basate sull'evidenza, ossia su ciò che viene mostrato. Le identità sono processi in continua costruzione che, attraverso la mimesi (la capacità di rendersi simile all'altro osservandolo), apprendono quelle "tecniche del corpo", direbbe Marcel Mauss, necessarie al riconoscimento del sé e, al tempo stesso, dell'altro da sé.

Queste tecniche del corpo appaiono però inscindibili dal contesto in cui si sviluppano, non sono le stesse in ogni luogo e tempo; nello specifico, quando si parla dell'Altro in termini di genere, non si può non considerare quanto il contesto influisca sulla produzione e percezione dei corpi, laddove «il genere non può essere separato dalle intersezioni politiche e culturali in cui viene prodotto e mantenuto» (BUTLER J. 2004 [1990]: 6); il termine stesso *transgender*, nato negli Stati Uniti negli anni Settanta e

consolidatosi negli anni Novanta, esprime una condizione di *superamento* del binarismo di genere presente nelle società occidentali; gli *hijra* in India (NANDA S. 1990), i *two spirits* (cosiddetti *berdache*) presso gli Indiani d'America (WILLIAMS W.L. 1986), i *sarin'ampela* presso i Vezo in Madagascar (ASTUTI R. 1998), per citarne solo alcuni, sono, in contesti extra occidentali, l'incarnazione di un altro genere, o meglio, di *un'altra categoria di persone*, socialmente e culturalmente riconosciuta.

La questione che si è venuta a presentare rispetto alla realtà *trans* riguarda dunque in prima istanza la percezione del corpo sessuato in un'ottica binaria in base al dimorfismo sessuale, nel modo in cui esso è stato costruito e interpretato in Occidente dalla scienza medica a partire dal XIX secolo, la quale oggi, attraverso i mezzi forniti da quello stesso sapere, consente la trasformazione, ossia il passaggio da un sesso all'altro, ai soggetti cui viene diagnosticato il "disturbo dell'identità di genere".

Questo scritto intende prendere in considerazione la possibilità che la trasformazione del proprio corpo costituisca una necessità indotta dalla esigenza di *vedersi e apparire come l'Altro*, il risultato di un binarismo che, a partire dalle categorie mediche, è ormai entrato nelle pratiche discorsive, condizionando il modo in cui i soggetti vivono l'esperienza del proprio corpo.

È sulla base di queste prime considerazioni sulla *performance*, sulla presenza, sul contesto, che si intende indagare la questione della realtà *trans* attraverso gli strumenti forniti dall'antropologia, grazie alla possibilità che questa disciplina offre di affiancare alla riflessione teorica la pratica etnografica. Questo studio, in particolare, deve molto al corto circuito evidente tra l'interpretazione *dall'alto*⁽²⁾ e la percezione dei soggetti narranti rispetto alle identità di genere, a partire dalle denominazioni che ne danno. Solo il continuo confronto tra i soggetti molteplici protagonisti di questa ricerca e il dialogo su più piani interpretativi hanno, difatti, consentito l'indagine qui proposta.

Sesso è genere?

Come indica Judith Butler, quando Simone de Beauvoir scrive che «donna non si nasce, lo si diventa», mettendo in discussione la fatticità anatomica quale elemento significativo o determinante nella costruzione della persona, ella mostra come il corpo sia già di per sé interpretato dai significati culturali e quindi non possa essere inteso come termine prediscorsivo,

inducendo una importante riflessione sulla natura “di genere” e quindi culturale, del sesso (BUTLER J. 2004 [1990]: 12). Nei *gender studies* si parte proprio da una differenziazione tra sesso (naturale) e genere (culturale, detto anche *sesso sociale*), distinzione che da alcuni, tra cui Butler, è stata confutata partendo dall’idea che il sesso sia in realtà già una categoria interpretata culturalmente: «il sesso è stato, per definizione, genere sin dall’inizio» (BUTLER J. 2004 [1990]: 12).

Nell’interpretazione di Michel Foucault, il sesso è un dispositivo regolatore, da quando, tra il XVIII e il XIX secolo, in relazione agli sviluppi del sapere medico, giuridico, psichiatrico, esso diviene oggetto dei “discorsi” (FOUCAULT M. 1984 [1976]: 31). Riferendosi al pensiero foucaultiano, Butler asserisce che l’essere sessuati è il punto di partenza per essere individuabili in quanto soggetti sociali da porre in oggetto, ossia da regolamentare, attraverso una legge che viene a essere “principio formativo del proprio sesso, del proprio genere”, nonché “principio ermeneutico dell’interpretazione di sé” (BUTLER J. 2004 [1990]: 140).

Una significativa ricognizione storica sul modo in cui in Occidente si è andata formando l’idea del corpo sessuato per come lo si interpreta oggi, a partire dalle categorie della biomedicina, è stata effettuata da Thomas Laqueur che, nel volume pubblicato nel 1990 *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, racconta di come, prima dell’epoca illuminista, il sesso fosse percepito e vissuto non come una categoria ontologica ma come una categoria sociologica, nel senso che essere uomo o donna equivaleva ad assumere un determinato ruolo culturale nonché un posto specifico nella società (LAQUEUR T. 1990: 8). A partire dalle teorie di Galeno circa l’isomorfismo sessuale, in base al quale gli organi genitali femminili non erano altro che versioni introflesse dei genitali maschili (la vagina come pene, l’utero come scroto) e quindi imperfetti, Laqueur analizza il cambiamento nella *reinterpretazione* del corpo, processo intrinseco a ciascun mutamento avvenuto nel tempo e nei luoghi; il corpo stesso, a partire dal quale sono state formulate le nozioni moderne di differenza sessuale, è, per l’autore, il prodotto di particolari momenti storici e culturali (LAQUEUR T. 1990: 16).

Nuove scoperte sulle strutture del corpo hanno condotto a spostamenti da una categoria all’altra, categorie basate su una distinzione di *gender*, di qualità proprie a ciascuna categoria – attivo/passivo, caldo/freddo e così via – di cui «un pene interno o esterno era solo il segno diagnostico» (LAQUEUR T. 1990: 135); nel caso degli ermafroditi, ad esempio, era il comportamento a determinare l’appartenenza a un genere o a un altro, la qual cosa, dal punto di vista sociale, significava svolgere particolari ruoli e agire in corrispondenza del proprio genere.

La tesi di Laqueur è che anche la ricerca scientifica sul sesso sia stata influenzata da un modello culturale nella sua interpretazione dei fenomeni biologici; per questa ragione, per l'autore non ha senso di parlare di *gender*, dal momento che il sesso è in realtà già *genderizzato*, una categoria non naturale ma naturalizzata (LAQUEUR T. 1990: 10-11). In questo senso, la scienza non avrebbe solo studiato, ma anche costruito la differenza tra uomini e donne.

«The notion, so powerful after the eighteenth century, that there had to be something outside, inside, and throughout the body which defines male as opposed to female and which provides the foundation for an attraction of opposites is entirely absent from classical or Renaissance medicine. In terms of the millennial traditions of western medicine, genitals came to matter as the marks of sexual opposition only last week» (LAQUEUR T. 1990: 22).

Dal XIX secolo in poi, tutta la questione sul sesso sarà trasferita in ambito biologico, il comportamento (potremmo parlare di rappresentazione o *performance*) non determinerà più nulla, laddove la natura diverrà, in Occidente, il centro per la comprensione di ogni cosa; esistono leggi fisse che spiegano tutto, anche la differenza tra gli uomini e le donne.

Nel XVII secolo, una donna che avesse assunto un ruolo “attivo” nel rapporto sessuale con un'altra donna avrebbe commesso un illecito poiché, svolgendo un ruolo maschile – Laqueur scrive «playing the man's part during intercourse» (LAQUEUR T. 1990: 136) – avrebbe violato le *regole del gender*. Anche allora, ovviamente, il sesso determinava lo *status* (quindi il *gender*) ma ancora in un senso *non ontologico*. Solo successivamente, infatti, i genitali verranno a rappresentare *la piena realtà*: quando la teoria del sesso unico verrà a cadere, essi assumeranno quel «pieno stato civile», che Laqueur definisce anche come «non ambiguo ed extralinguistico»: un «pieno significato» (LAQUEUR T. 1990: 139). Ad ogni modo, per l'autore di *Making sex*, qualunque determinante scientifica nell'individuazione di due sessi piuttosto che di uno non ha modificato la percezione della binarismo di genere che, nella cultura occidentale, precede qualunque indagine scientifica sul sesso.

«All but the most circumscribed statements about sex are, from their inception, burdened with the cultural work done by these propositions. [...] two incommensurable sexes were, and are, as much as the products of culture as was, and is, the one-sex model» (LAQUEUR T. 1990: 153).

Nel caso delle persone *trans*, ad esempio, la biomedicina applica una “terapia” che consiste nell'allineare alla mente il corpo, il sesso all'identità di genere; nella categoria scientifica esiste già un modello binario del

gender che condiziona il modo in cui la biomedicina percepisce i corpi, è il *gender* la categoria dalla quale si parte per stabilire poi la differenza sessuale. La ricerca scientifica e medica in questo senso non è stata e non sarà mai neutrale, ma condizionata culturalmente; dal momento che la sua è una conoscenza *situata*, è impossibile che vi sia un punto di vista imparziale, anche perché «l'esperienza della conoscenza scientifica è anch'essa un'esperienza corporea. Nell'esercizio del loro mestiere gli scienziati si accostano alla realtà che osservano attraverso il loro stesso corpo» (PIZZA G. 2005: 46). Per questa ragione, la scienza di oggi non è meno situata rispetto a quella di ieri (LÖWY I. 1988).

Questo è il presupposto da cui partire per tentare un'indagine sull'idea di devianza, problema o malattia associati alle identità sessuali, sul modo in cui la diversità in questo ambito sia ricondotta alla patologia e quanto quest'ultima sia la risultante di una cecità culturale che conduce all'inintelligibilità sociale di alcuni tipi di identità nel momento in cui appaiono non conformi al modello vigente, culturalmente costruito e naturalizzato.

«[...] l'identità è considerata come una disposizione che si acquisisce durante la formazione della propria personalità nell'infanzia e che tende a essere considerata fissa nel tempo. Il distanziamento da tale identità era osservato come una devianza, un disturbo psichico. Per questo le identità ambigue in campo sessuale sono state storicamente oggetto di classificazioni essenzialiste e violente che, attraverso l'azione congiunta di istituzioni quali la Chiesa, la biomedicina e lo Stato, si sono spinte fino alla persecuzione, come nel caso dell'internamento nei manicomi o nelle carceri di soggetti la cui identità sessuale non si identificava né nel maschile né nel femminile e che venivano pertanto considerati folli o devianti dalle tre istituzioni» (PIZZA G. 2005: 62).

Se l'identità è strettamente legata ad una "verità genitale", a ciò che appare scritto sul corpo o, nel caso delle persone *trans post-op*⁽³⁾, a ciò che viene riscritto su di esso, la riassegnazione chirurgica del sesso diviene dunque una manovra necessaria e imprescindibile all'auto-riconoscimento delle identità *trans*.

Transgender e transessuale

Transgender e transessuale; comprendere la differenza tra queste due realtà non è cosa semplice. Gli studiosi che se ne sono occupati definiscono il termine *transgender* come un termine "ombrello", che racchiude in sé tutte quelle categorie non riconducibili al codice identitario binario imposto dai saperi e dai poteri discorsivi di matrice eterosessuale, op-

pure, in un altro senso, come appellativo di tutti quei soggetti che, non riconoscendosi nel binarismo di genere femminile/maschile, decidono (sentono) di non voler ricorrere alla riassegnazione chirurgica del sesso, contrariamente, quindi, a quanto decidono (sentono) le persone transessuali. Susan Stryker, autrice del volume pubblicato nel 2008 *Transgender history*, quando definisce la propria condizione di *transgender*, asserisce che in realtà il termine è ancora in costruzione e se ne appropria per riferirsi alle persone che si discostano dal genere assegnato loro alla nascita, superando (*trans-*) i confini della propria cultura che lo definiscono e lo contengono (STRYKER S. 2008: 1). Stryker, con questa definizione, si sposta già oltre i limiti discorsivi del sesso e, quindi, in un certo senso, del transessualismo, arrivando da subito alla questione dell'*extragenitalità* dell'identità. Nel termine *transgender* Stryker include soggettività molteplici, da quelle transessuali a quelle *cross-dresser*.

«It is the movement across a socially imposed boundary away from an unchosen starting place – rather than any particular destination or mode of transition – that best characterizes the concept of “transgender”» (STRYKER S. 2008: 1).

A suo avviso, nella percezione di sé, le persone *transgender* possono interpretare la loro condizione in modo diverso, alcune, in un senso biologico, sessuale, anatomico, quindi in generale fisico, e altre, invece, come un elemento legato a processi psicologici e culturali.

Il termine nasce nei primi anni Settanta negli Stati Uniti (assumendo però pieno significato vent'anni dopo), coniato, come molti sostengono, dall'attivista Virginia Prince, che lo utilizzava per descrivere quelli che, come lei, «lived full time in a gender other than that to which they were ascribed at birth, but without surgical intervention» (VALENTINE D. 2007: 32).

La questione potrebbe apparire risolta così, se non fosse che le soggettività coinvolte non sempre sembrano avere le idee così chiare circa la loro condizione identitaria, tant'è vero che vi sono numerosi casi di soggetti che iniziano il percorso di transizione e poi decidono, dopo anni di assunzione di ormoni e interventi di chirurgia estetica per rendersi simili al *proprio genere*, di non sottoporsi all'operazione di “rettificazione genitale” per diverse ragioni. È il caso, ad esempio, di quelle persone trans MTF⁽⁴⁾ che si prostituiscono, dalle cui testimonianze si evince che è proprio lo stato di *ibridismo*, il loro essere “sirene”⁽⁵⁾, nonché il loro poter “fare i maschi”, svolgendo un ruolo “attivo” nel rapporto sessuale, ad attrarre i clienti, oppure il caso delle persone trans FTM, per le quali la ricostruzione chirurgica dei genitali maschili risulta essere un'operazione alquanto complicata e dall'esito incerto⁽⁶⁾; inoltre, è diffusa la paura che, successivamente alla

riassegnazione chirurgica del sesso (Rcs), non si riesca più a provare o a dare piacere⁽⁷⁾.

Come definire allora questi soggetti? *Transgender* retroattivi? Transessuali pentiti? Se categorizzare appare necessario ai fini dell'indagine, della determinazione sociale, del riconoscimento, bisogna sempre tener presente la pericolosità delle definizioni, mai svincolate dai saperi/poteri, direbbe Foucault. Al di là dell'approssimazione di tale definizione (la quasi totalità delle persone *transgender* ricorre comunque a modificazioni del corpo, assumendo ormoni e sottoponendosi a operazioni di chirurgia estetica, a partire dal seno⁽⁸⁾), il discorso che qui si intende portare all'attenzione ed esplorare riguarda proprio i due termini *transgender* e transessuale. A nostro avviso, non ha senso parlare di medicalizzazione del transessualismo perché esso è già una condizione interpretabile ed esistente solo attraverso la biomedicina. Mentre, quindi, il termine *transgender*, nel suo includere molteplici realtà di genere, non può essere considerato scientificamente esaustivo nell'indagine sui soggetti che si sottopongono alla Rcs, allo stesso modo, il termine *transessualismo* appare già, nella sua definizione, intrecciato a doppio filo col sapere biomedico. È la condizione *trans*, di chi si trova "oltre" il genere attribuitogli/le alla nascita in relazione al sesso anatomico, ad essere medicalizzata.

Non a caso, il termine "transessuale" fu coniato nel 1923 da un medico, Magnus Hirschfeld, ritornando nel 1949 come titolo di un articolo di David O. Cauldwell (il quale, però, si opponeva alla chirurgia transessuale) che nel suo scritto *Psychopathia transexualis* indicava il caso di una giovane donna che desiderava in modo ossessivo essere un uomo. Il termine divenne popolare, guadagnandosi il suo posto nella storia della scienza, nel 1953, grazie al dottor Harry Benjamin, endocrinologo e sessuologo, con la sua pubblicazione sul "Journal of the American Medical Association" della storia del primo intervento Rcs realizzato nel 1951 in Danimarca della fotografa americana di origine danese Christine Jorgensen (STRYKER S. 2008: 18). Nei primi anni Sessanta veniva inaugurata la prima "clinica per le identità di genere" alla John Hopkins University, a Baltimora (EKINS R. 2005: 309).

«It is difficult to imagine that people existing in cultures without modern Western medicine (and therefore without the medicalized options granted to transsexuals) could have conceived of surgically and/or hormonally altering their sex in the methods now practiced by modern Western medicine. Without this desire, which is a central component in the definition of 'transsexual,' it seems that without modern Western medicine, 'transsexuals' could not possibly exist» (BARNES W. 2011: <http://www.trans-health.com>).

Le persone *trans* che decidono di trasformare il proprio corpo anche nella parte genitale mostrano che il loro rapporto con la tecnologia medica è un rapporto di dipendenza; chiedere (e ottenere) di cambiare sesso è parte di ciò che costruisce il soggetto transessuale (HALBERSTAM J. 1998: 160). D'altra parte, Colette Chiland analizza molto bene il rapporto che si è venuto a instaurare tra quei soggetti «in cerca di una definizione di sé» e la possibilità di riconoscimento offerta, prodotta e diffusa dai mezzi di comunicazione circa il fenomeno del transessualismo; l'autrice parla, infatti, di «mediagenesi» oltre che di «iatrogenesi» (CHILAND C. 2011: 62-3).

In pratica la realtà *trans* sarebbe il prodotto della biomedicina ma anche l'effetto di pratiche discorsive che si sono in un certo senso rese autonome rispetto al sapere da cui provenivano; ciò spiegherebbe in parte anche la frattura esistente tra soggetti transessuali e rappresentanti del mondo medico relativamente alle definizioni, dove i primi fanno riferimento a loro stessi utilizzando il genere a cui sentono di appartenere (quindi nel caso di donne nate biologicamente maschi, al femminile), mentre i secondi parlano del soggetto *trans* declinandolo sempre in relazione al sesso di nascita (una donna nata biologicamente maschio, sarà, in termini biomedici, definita sempre al maschile).

Nelle interviste raccolte si evince un certa confusione rispetto all'auto-identificazione: i soggetti con un elevato grado di istruzione distinguono tra *transgender* e transessuale (anche se la distinzione appare non del tutto chiara) in base al fatto che ci si sia sottoposti (o si intenda sottoporsi) o meno all'intervento di rettificazione genitale. Le persone *transgender* che abbiamo incontrato sono in genere anagraficamente più adulte; tra loro, alcune hanno alle spalle un passato di attivismo politico e/o lottano tuttora per i diritti delle comunità LGBT. Tra queste, Porpora Marcasciano, presidente del MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna la quale, in un'intervista rilasciataci presso l'Associazione Transessuali Napoli (ATN), definisce l'esperienza *transgender* come la condizione di chiunque non voglia includersi in un discorso di binarismo di genere⁽⁹⁾. Altre persone intervistate spesso non conoscono il termine *transgender* e, nonostante la loro condizione *corporea* indichi dall'alto l'appartenenza a questa realtà, nella loro percezione esse sono e si definiscono transessuali, oppure, tutt'al più, *femminielli* o ancora, spesso in riferimento a qualcun altro e in un senso spregiativo, *ricchioni*⁽¹⁰⁾. Mentre il *femminiello*, termine della lingua napoletana con cui tradizionalmente si indicavano gli omosessuali effeminati⁽¹¹⁾ dei quartieri popolari della città, in qualche modo riflette un ibridismo (un maschio femmina) e può essere riconducibile all'esperienza *transgender* (anche se in una forma

e in un contesto storico-culturale profondamente diversi) per il modo in cui questi soggetti si percepivano, raccontavano e rappresentavano, i *ricchioni*, invece, sono i maschi omosessuali “passivi”. La questione in questo caso riguarda l'identità di genere; nel primo caso, si ha a che fare con un maschio biologico che “si sente donna” e si *comporta* come tale, dalla pratica sessuale agli atteggiamenti e le movenze del corpo, non modificando però nulla di quest'ultimo; nel secondo caso, si tratta di orientamento sessuale (omosessuale) che, almeno all'apparenza, non mette in discussione, nei soggetti intervistati, l'appartenenza al genere maschile. Il fatto che alcune persone *transgender* MTF intervistate confondano i termini sia in un senso (transessuale) che nell'altro (*ricchione*) è il risultato delle ineguaglianze sociali e culturali che hanno lasciato alcune categorie “fuori dai discorsi” e, nel contempo, mostra quanto in alcuni casi sia profonda la frattura tra sapere scientifico e vita vissuta; in questo senso, molte persone ricorrono al sapere medico proprio perché hanno bisogno di un'autorità che *dall'esterno* legittimi, affermandolo, il proprio “stato identitario”.

Nel momento in cui la persona decide di sottoporsi al percorso per la Rcs, allora e solo allora ella può iniziare il percorso giuridico, per richiedere e ottenere, a seguito dell'operazione, la rettifica anagrafica.

Per comprendere a pieno quanto la medicina abbia condizionato e condizioni la percezione di sé nei soggetti “non conformi”, Stryker scrive che molte persone *transgender* ritengono che il loro desiderio di andare oltre i confini (o le barriere) del genere sia dovuto a un fattore biologico legato a una condizione di intersessualità (STRYKER S. 2008: 9).

Questi esempi introducono la dinamica, paradossale, per la quale l'esperienza corporea dal punto di vista della sua rappresentazione anatomica è così importante da travalicare la stessa presunta verità medica sul corpo sessuato, che risulta tale non soltanto da un punto di vista anatomico ma anche biologico, cromosomico, ormonale; non ha senso parlare di cambio di sesso, poiché, se si vuole restare vincolati al corpo, il sesso non si può mai davvero modificare. Da un punto di vista strettamente medico, cambiare sesso è impossibile (CHILAND C. 2011).

Il corpo transessuale non è simbolo assoluto di nulla. Eppure fa sì che il referente (“uomo” o “donna”) sia conoscibile. Paradossalmente, è a travestiti e transessuali che dobbiamo rivolgerci se vogliamo capire che cosa mai significhino le identità di genere. Perché travestiti e transessuali hanno più a che vedere con la virilità e la femminilità di chi non è né travestito né transessuale. Il loro disinteresse per “l'unisex” o “l'androg-

nia” come stili erotici è manifesto. Ciò che a loro interessa sono piuttosto le strutture di identità segnate e codificate dal genere (GARBER M. 1994 [1991]: 114-115).

Ecco che, dal punto di vista antropologico e, in un senso più ampio, nell'ambito delle scienze umane, quando si parla di transessualismo, bisogna interrogarsi criticamente su quanto il sapere biomedico abbia influito e influisca nella costruzione di un percorso identitario e di un'esperienza corporea che in realtà prescindono dal corpo interpretato biologicamente ma che, attraverso esso, com'è ovvio, si rendono intelligibili, dal momento che sono gli “atti, i gesti e le rappresentazioni” a costruire le identità, sostenute, a loro volta, da «segni corporei e altri mezzi discorsivi» (BUTLER J. 2004 [1990]: 191).

In relazione a quanto appena detto, un interessante saggio di Laurie S. Shrage del 2009 indaga proprio questo aspetto del modo in cui nelle società occidentali si descrive il corpo umano e le sue parti come maschili e femminili, dimenticando che queste «designazioni» siano basate su «nozioni stereotipate e semplificazioni» (SHRAGE L.S. 2009: 182).

«We see both vagina and bodies with vaginas as female because, stereotypically, vaginas and females are penetrated during sex, including non reproductive sex, even though there are other orifices on the bodies of men and women that are commonly sexually penetrated. We see bodies with vaginas as female, whether the bodies belong to ftms, dominatrixes, or stone butch lesbians - that is, sexual actors who do not generally play the stereotypical female role in sex or in reproduction. Bodies lacking ovaries, uteruses, and breasts but equipped with vagina are seen as female, despite the fact that such bodies do not produce eggs, gestate, or lactate. Because the vagina is the quintessential orifice for penetrative sex, and because being penetrated is stereotypically female, when other parts of the body are penetrated, they are viewed as analogous to a vagina» (SHRAGE L.S. 2009: 182)⁽¹²⁾.

Quindi, sottoporsi alla Rcs per un soggetto trans MTF significa appropriarsi di ciò che più di tutto il resto configura la donna come tale: la vagina, l'organo da penetrare.

Cambiare sesso significa dunque essenzializzare il corpo ed eliminare l'apparenza di quell'ambiguità che, come suggerisce Mary Douglas, pone sempre chi la incarna dalla parte sbagliata, rendendo quei soggetti pericolosi per loro stessi e la comunità. Per l'autrice di *Purity and Danger* vi è sempre la necessità di sottolineare la differenza, dal momento che «è solamente esagerando la differenza tra unito e separato, sopra e sotto, maschio e femmina, con e contro, che si crea l'apparenza dell'ordine» (DOUGLAS M. 1996 [1966]: 35).

Non a caso, l'assunzione del modello eteronormato (quello *in ordine*) rientra non poco in questa logica di transizione verso il sesso opposto, rafforzata, com'è, da un dichiarato orientamento sessuale eterosessuale; vi è, dunque, l'assunzione di un modello da parte di alcuni soggetti *trans* che determina una netta differenza dal punto di vista emico ed etico. Nella prospettiva eteronormata, le persone *trans* che compiono il percorso, riallineano la loro identità al loro sesso anatomico attraverso la rettificazione genitale e sviluppano relazioni eterosessuali: essendo passate "dall'altra parte", risultano privilegiate rispetto a persone *trans*, poiché si adotta un "modello" che risulta in linea con l'immaginario eterosessuale (EKINS R. 2005: 308).

Questo privilegio riguarda non soltanto il punto di vista esterno ma è ben presente, anche se non dichiaratamente, all'interno della comunità *trans*.

Mens (in)sana in corpore sano?

Nel Dsm IV, pubblicato nel 1994, il termine transessualismo è stato eliminato e sostituito dalla voce «disturbo dell'identità di genere» (DIG, in inglese GID). La diagnosi, sommariamente, richiede che i candidati al percorso per la Rcs rivelino prove di una identificazione persistente con l'altro sesso, un disagio costante riguardo a quello di nascita e un senso di inadeguatezza nel ruolo di genere corrispondente. In Italia, la legge 164/82 consente il cambio di sesso seguendo una procedura ben precisa per la quale il soggetto può richiedere la modifica dei dati anagrafici; perché ciò sia possibile, è necessario allestire un doppio processo in tribunale.

Il giudice, infatti, affinché possa realizzarsi quella rettifica anagrafica, deve autorizzare dei cambiamenti che vanno a incidere sul corpo sessuato; gli interventi di riassegnazione chirurgica del sesso possono, quindi, essere realizzati solo a seguito di un'adeguata autorizzazione del giudice. Una volta realizzati gli interventi, il giudice può procedere ad autorizzare la seconda parte del procedimento, ossia la modifica dei dati anagrafici. La legge non prevede a stretto rigore il passaggio da psicologi o psichiatri: prevede, però, che, ove lo ritenga necessario, il giudice possa richiedere una consulenza tecnica d'ufficio, tesa ad accertare le condizioni psicosessuali dell'interessato. Allo psicologo possono afferire, quindi, persone inviate dal giudice ma, nella gran parte dei casi, esse vengono "indirizzate" agli psicologi dai medici legali o dagli avvocati i quali, per accelerare i tempi, nel presentare la domanda al giudice producono già una documentazione indicante la diagnosi di disturbo dell'identità di genere⁽¹³⁾.

L'unico modo per le persone *trans* di ottenere la rettifica anagrafica sui documenti ufficiali in Italia è dunque sottoporsi al percorso di transizione e poi alla Rcs, operazioni a carico dello Stato poiché legate a una patologia, il Dlg, appunto. Negli ultimi anni, nelle varie associazioni *trans*, italiane e internazionali, si discute dell'idea di eliminare dal prossimo Dsm il Dlg, depatologizzando, quindi, il transessualismo. Il problema è alquanto complesso dal momento che questo implicherebbe di fatto l'impossibilità di accedere e ricorrere alle prestazioni sanitarie gratuite. Come indicatoci dallo psichiatra e psicoterapeuta Roberto Vitelli⁽¹⁴⁾ se il transessualismo «non è una condizione patologica ma una condizione voluttuaria, se è una determinazione della volontà che procede da un atto libero del soggetto che non risponde a nessuna condizione che la medicina definisce di tipo clinico, lo Stato non se ne può far carico». Resta dunque il problema di definire i soggetti *trans* come malati, portatori di un disturbo psichico, la qual cosa può avere, e di fatto ha, diverse implicazioni.

A tal proposito, nel testo *Elementi di critica trans* risulta particolarmente interessante l'intervento di Christian Ballarin, *trans* FTM, il quale si domanda:

«Perché io non voglio essere identificato come malato? Cosa ci sta dentro la parola malattia? Perché un malato è meno di me? Un malato ha qualcosa di inferiore a me, qualcosa di negativo? C'è l'associazione della malattia come qualcosa di negativo, come una mancanza, come qualcuno che esce da un corpo sano, da qualcosa che è giusto, che va bene; esce e dunque devo ricondurcelo dentro. Anche qui io mi interrogarei su come associamo alcune categorie ad una negatività senza che ci sia questa negatività a livello sociale» (ARIEITI L. *et al.* cur. 2010: 150).

Le questioni in gioco sono molteplici: da un lato, la definizione stessa di malattia quale concetto in opposizione a quello di salute, definizione che l'antropologia smonta descrivendo quest'opposizione come dialettica, «un processo dinamico in cui i due concetti sono intrecciati e non riconducibili a una pura dicotomia» (PIZZA G. 2005: 75); dall'altro, l'interiorizzazione della diagnosi di malattia mentale, riconducibile immediatamente all'idea di «carente» o di «anormale», da cui deriva la necessità di volersi «allontanare», «differenziare»:

Dietro tutta questa storia della depatologizzazione vi leggo la stessa logica del medesimo e dell'altro che è all'origine dei comportamenti di esclusione sociale, di stigma di comportamenti violenti nei confronti dei soggetti che esprimono un differente progetto di mondo, hanno un modo differente di essere. Quando ci si dichiara non folli si intende che si sta da un'altra parte rispetto a dove sono i folli, al di fuori⁽¹⁵⁾.

La questione si complica nel momento in cui entra in gioco l'autonomia del soggetto, per il quale la diagnosi rappresenta, se positiva, la possibilità di realizzare l'obiettivo, consentendogli di ottenere la sua autonomia nel senso di "realizzazione dell'immagine di sé" e, al tempo stesso, un vincolo, poiché sottopone il soggetto ad un discorso patologizzante che in qualche modo regola e condiziona quell'autonomia, laddove «l'opposizione salute/malattia è un dicotomia normativa che si autolegittima come dato oggettivo e che pertanto riflette i rapporti di potere che governano la vita sociale» (PIZZA G. 2005: 75). Per uscire da questa *impasse* bisognerebbe che i soggetti protagonisti della transizione cominciassero a riflettere criticamente e ad utilizzare gli strumenti offerti dalla biomedicina e della psichiatria senza farsi delegittimare (ARIETTI L. *et al.* *curr.* 2010: 122). A questa riflessione va aggiunto che se all'interno delle comunità *trans* vi sono soggetti che risentono del fatto che la loro condizione sia definita malattia, altri sono in qualche modo rassicurati dal fatto che essa possa essere chiarita su un piano biomedico e quindi "curata". Da un'intervista rilasciataci da Libera Cappabianca, una giovane psicologa che ha concluso il suo percorso di specializzazione presso l'Unità di psicologia clinica e psicoanalisi applicata dell'Università degli studi di Napoli Federico II, si evince fortemente questo aspetto dell'incontro del "paziente" col mondo medico (in questo caso con psicologi e psicoterapeuti), al quale il soggetto in questione chiede di essere "etichettato", di avere una risposta definitiva sulla propria condizione identitaria. Il bisogno di essere rassicurati circa il fatto di poter essere inclusi in una categoria, in questo caso medica, di "corrispondere" a qualcosa, è la risposta alle logiche tassonomiche che rendono necessaria l'identificazione in un modello, una condizione, qualunque essa sia, purché in qualche modo definibile. In tal senso, per i soggetti che si sottopongono alla diagnosi di disturbo dell'identità di genere, è meglio pensare a se stessi come appartenenti a una comunità di persone *classificate* come portatrici di un disturbo psichico, piuttosto che non poter avere una collocazione a questo mondo.

Oltre che di sentirsi parte di qualcosa, vi è anche la necessità, come affermato da Paolo Valerio⁽¹⁶⁾, di sapere, da parte dei soggetti, "che si ha un disturbo dell'identità di genere ma che non si è pazzi, perché le persone *trans* si sono sentite tali quando si percepivano diverse rispetto a ciò che tutti dicevano loro di dover essere"⁽¹⁷⁾. A tale aspetto va aggiunto, ovviamente, quello della possibilità di "curarsi" attraverso la Rcs, realizzando in questo modo l'obiettivo del pieno auto-riconoscimento.

La malattia nella definizione biomedica è uno stato oggettivo, un fatto reale, concreto, che si iscrive nel corpo del paziente, ma che si definisce

in base a parametri che escludono la percezione soggettiva del malessere, se non nella lettura clinica dei *sintomi*, che il paziente descrive, o nel decryptaggio dei segni oggettivi che il suo corpo manifesta allo sguardo del medico” (PIZZA G. 2005: 76).

Nel caso del Dig lo psicologo viene chiamato a dare un parere sulla base, da una parte, di criteri prestabiliti (sentirsi appartenente a un genere diverso rispetto a quello di nascita, l'aver vissuto per un certo periodo come una persona dell'altro sesso – il cosiddetto *real life test* –, presentarsi *come l'altro genere*), dall'altra, sulla base di ciò che si delinea nell'arco dei quattro-otto incontri preceduti e supportati da alcuni test (scritti e dialogici) che si tengono nell'arco di una settimana.

Al di là del discorso sui sintomi, che in questo caso sarebbero dei “criteri prestabiliti di valutazione”, c'è da dire, come accennato in precedenza, che il paziente *desidera* che il disturbo dell'identità di genere gli venga diagnosticato; a tale scopo, egli mette in atto quelle che vengono definite le *transsexual narratives*, ossia dei racconti più o meno sempre uguali la cui efficacia è comprovata. Questo accade proprio perché l'enigmaticità dell'esperienza iniziale del soggetto *trans* viene risignificata attraverso le categorie della biomedicina.

In realtà, la diagnosi non è solo il dilemma di alcuni esponenti della comunità *trans*, ma anche di molti psichiatri e psicoterapeuti, i quali sostengono che le dinamiche che soggiacciono ai percorsi per la Rcs siano viziate proprio dal meccanismo diagnostico, che costringe i soggetti che vogliono iniziare la trasformazione del corpo a sottoporsi forzatamente a sedute di psicoterapia al fine dell'ottenimento del documento che certifica il Dig. Anche questa operazione non è “neutra” e per varie ragioni, tra cui l'identità di genere dell'operatore, laddove chi dà il consenso al percorso per la Rcs può essere di genere maschile «con tutto quello che l'essere maschio comporta, ad esempio angoscia di castrazione, oppure di genere femminile, e in quel caso possono scatenarsi meccanismi di angoscia o ansia rispetto alla mastectomia o all'isterectomia»⁽¹⁸⁾. Insomma, le forze in gioco sono tante e diverse tra loro. Ritornando al discorso sulla diagnosi, in Italia ogni centro in cui si pratica la transizione ha una sua regolamentazione interna; nel caso dell'Unità di psicologia clinica e psicoanalisi applicata di Napoli, di norma:

«dopo quattro o otto incontri gli operatori rilasciano il certificato e non costringono la persona a sottoporsi a un anno o più di psicoterapia. La psicoterapia è un processo complesso che non può essere imposto a nessuno, perché, altrimenti, non è più psicoterapia, è una prigione-terapia. Il soggetto *trans* ha bisogno di fare un percorso dentro di sé, non si può

curare né stabilire un rapporto di fiducia con una persona dalla quale si sa che si dovrà essere valutati o giudicati»⁽¹⁹⁾.

«La nostra posizione deve essere una pratica di resistenza; il dispositivo colloca noi psicologi nel ruolo di guardiani, coloro che possono decidere l'accesso alle terapie che sono importanti alla sopravvivenza dei soggetti coinvolti. La posizione in cui il dispositivo ci colloca è assurda, di verifica della parola del soggetto e della sua collocabilità dentro le categorie approntate all'interno del sapere psichiatrico. Il ruolo dello psicologo diventa quello diagnostico, che allestisce un clima persecutorio e inficia la natura stessa della relazione tra paziente e terapeuta. Il nostro lavoro non è quello di fare diagnosi: la psicologia clinica e la psichiatria non possono essere ridotte a questa funzione»⁽²⁰⁾.

Ufficialmente non è previsto un supporto psicologico (tranne nel caso in cui sia esplicitamente richiesto) durante il trattamento endocrinologico che precede l'operazione, trattamento che dura circa due anni, poiché, appunto, non si può obbligare una persona a fare un percorso psicoterapeutico.

Iustitia corporis

I soggetti che scelgono di modificare il corpo per renderlo conforme alla propria idea di sé, considerano la loro mente prigioniera di un corpo percepito come anomalo, l'elemento che li rende "sbagliati". La riassegnazione chirurgica del sesso in questo senso non fa altro che avallare questa concezione del corpo come entità separata dalla mente, tant'è vero che la soluzione al problema è la modifica dell'elemento contrastivo, il corpo. Quanto vi è di naturale, quanto di culturale in tale processo?

In questo paragrafo discutiamo dell'idea di salute e malattia legata al corpo che inizia il percorso per la Rcs, che in realtà deve ammalarsi, attraverso la somministrazione nel corso di tutta l'esistenza di dosi massicce di ormoni, e rendersi sterile per "curarsi". Qui sorge la domanda sulla transizione verso il modello piuttosto che verso il sesso opposto, domanda resa legittima anche per quel che attiene al discorso sul piacere sessuale. L'eterosessualità e il binarismo sessuale e di genere sono così fortemente radicati nelle menti e nei corpi da indurre le persone a farsi "ammalare" per corrispondere a un modello?

I discorsi delle persone *trans* che abbiamo intervistato rientrano perfettamente nella logica di "cura della mente" attraverso la trasformazione del corpo. Da sottolineare che l'età media dei soggetti intervistati è relativamente bassa, compresa tra i venti e i quarantacinque anni, così come

tendenzialmente basso è il grado di istruzione; questi due elementi si sono rivelati fondamentali nel modo in cui essi intendono il proprio corpo e la propria esperienza *trans*. Le sei persone intervistate sono tutte donne *trans* (ossia persone nate biologicamente uomini), a causa delle difficoltà riscontrate al momento dell'etnografia nel reperire soggetti FTM, che sono in numero inferiore rispetto a quelli MTF⁽²¹⁾.

Tra le più adulte, Daniela Lourdes, 34 anni, si è operata all'età di 19 e sostiene fortemente che fare il percorso:

«è giusto perché molte volte ci sono ragazze che si operano privatamente, andando all'estero, senza avere assolutamente il senso di quello che fanno; il corpo cambia, bisogna riconoscersi e anche farsi riconoscere dalla società».

Daniela Lourdes mette insieme i due discorsi, quello di intraprendere un percorso medico che garantisca una certa sicurezza e quello del riconoscimento sociale; a tal proposito, rispetto alla questione del riconoscimento giuridico solo a seguito dell'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso, nessuna delle persone intervistate sostiene di aver iniziato il percorso, intendendo concluderlo o avendolo già concluso, solo per ottenere i «documenti nuovi»; tutte, però, sostengono di conoscere persone che si sono sottoposte all'intervento solo per essere riconosciute giuridicamente, ma che «non le capiscono»⁽²²⁾.

Per Daniela Lourdes il non operarsi ha addirittura «conseguenze gravi psicologicamente e sessualmente: una statistica riporta che l'operazione nel 95% dei casi consente di provare piacere», sfatando quella che ella stessa definisce una «leggenda metropolitana» circa la difficoltà o impossibilità di soddisfacimento sessuale per le *trans post-op* MTF.

Sulla definizione di «disforia di genere», è ancora Daniela Lourdes a rispondere:

«È un disagio che la persona prova perché la mente non riconosce il proprio corpo, la propria sessualità ... disagio atavico, naturale e che crea una dissociazione tra il corpo e la mente. Io sono nata transessuale, per me è una condizione naturale, da quando sono nata mi sono sempre sentita donna».

Daniela Lourdes considera la disforia di genere un disagio, non una malattia, ma si dice consapevole che «la società concepisce questa condizione come una malattia» e che «anche spiegarlo è difficile». Alessia, 43 anni, tenta di spiegarlo:

«Quando cominci ad avere la coscienza di te, a capire che ti diversifichi un po' dalla normalità – dall'uomo e la donna – perché ti senti di fare un

certo percorso, tu ti senti una malata ... io mi sento una persona, non una transessuale: io adesso voglio farmi il laser, voglio farmi il seno e non ho i soldi ... diventa una malattia mentale. Come fai a realizzare i tuoi sogni?».

In questo caso sarebbe dunque la sofferenza a generare la malattia, sofferenza dovuta, in primo luogo, al sentirsi «diversa dagli altri», e, successivamente, alle oggettive difficoltà a realizzare l'immagine di sé, con il disagio che questa difficoltà può, in alcuni casi, comportare. All'ipotesi di un'eventuale impossibilità di cambiamento del corpo, infatti, la risposta di Daniela Lourdes è stata, riscuotendo generale consenso:

«Mi sarei uccisa! La morte è stata la compagna per anni di molte di noi... noi ringraziamo la medicina per quello che ha potuto fare per noi ... voglio morire con le mie proteste».

Quando, però, ritorna al discorso sulla malattia, tutte dichiarano che preferirebbero pagare, rinunciando all'assistenza medica gratuita, piuttosto che essere considerate malate e *anormali*.

«Alla fine noi siamo un *handicap*, preferirei pagare ma essere considerata una donna normale, vivere da donna normale pure se non ho figli... potrei amare gli altri bambini».

A rispondere è Paola, 23 anni, quasi alla fine del percorso iniziato circa quattro anni fa, che aggiunge di essere «soddisfatta di *come si vede*», di «stare realizzando quel che per me è un sogno ... lo stare bene con me stessa», ma poi aggiunge:

«Ancora oggi non sto ancora bene con me stessa. Finché non mi opero non starò bene con me stessa. Quando stai con una persona che tu ami, ti senti sempre...provi insicurezza e vergogna quando ti spogli davanti al tuo uomo ... il mio uomo me lo dice "non ti preoccupare, io sono consapevole di quello che sei", ma io fino a che non sarò donna a tutti gli effetti ... il giorno che sarò donna io potrò spogliarmi e dire "oggi sono donna", sono riconosciuta come Paola. Per lo Stato io non sono Paola, sono ancora Salvatore. Sono donna, però c'è l'unico "pezzo" che non mi fa esserlo. Tu hai la mente da donna e poi vedi un corpo che è maschile: è un trauma, io sono andata in depressione all'età di sedici anni quando ho capito di essere transessuale. Quando l'ho capito ho detto: voglio combattere ed essere donna. Sono stata picchiata, non accettata, *sputata in faccia* soprattutto dai miei amici ... mia madre è la mia migliore amica, mi metteva i panni da donna sotto il letto per andare a ballare; mio padre all'inizio capiva la situazione ma non capiva se il figlio era omosessuale o voleva diventare donna, poi mi è stato vicino e mi ha accompagnato a fare l'intervento al seno».

Intervento atteso per tre anni (gli interventi di chirurgia estetica non rientrano nelle prestazioni sanitarie gratuite) a causa dei costi dell'operazione, per la quale, dice Paola, che fa la parrucchiera a domicilio, «ho

dovuto *fare i capelli* fino a mezzanotte alle signore». Rispetto alle persone che decidono di non terminare il percorso, per Paola

«è come non arrivare a un traguardo per la propria felicità. Non riesco a capire quelli che arrivano a metà percorso e poi si fermano, non per la carta (d'identità) ma per loro stessi».

Mentre per Daniela, 21 anni, anch'ella verso la fine del percorso iniziato quattro anni prima col consenso dei genitori

«le persone che si tirano indietro sono pazze. Uno comincia un percorso che è così difficile e poi che fa? Non lo conclude?».

Alessia e Daniela Lourdes, le più adulte, sostengono invece, a questo riguardo, che le possibili ragioni per le quali alcune persone decidono di non portare a termine il percorso siano da ricondursi o alle innumerevoli difficoltà via via incontrate, o al fatto che ad un certo punto questi soggetti trovino un equilibrio vivendo «in uno stato a metà, oppure altri preferiscono rimanere in questo stato di limbo anche per una questione sessuale».

È il caso di Sara, quarant'anni, *transgender* MTF, la quale, in un'intervista allargata con Manuela, trans MTF di 23 anni (che ha cominciato il percorso a Napoli a 17 anni concludendolo tre anni dopo con l'operazione effettuata, però, in Thailandia), quando racconta le sue esperienze sessuali e di relazione include sempre la parola “vizio”, a indicare che, poiché *transgender*, gli uomini abbiano sempre associato la sua condizione alla perversione sessuale, la qual cosa per Sara, anche nel caso di relazioni sentimentali lunghe, ha condizionato negativamente il suo rapporto con gli uomini. Ella sostiene che chi si opera lo fa solo se non ha conosciuto il “vizio”, tendenzialmente, quindi, in giovane età, poiché altrimenti

«quando ti accorgi cosa significa essere ciò che sei e ti abitui al vizio, non puoi tornare più indietro».

Sara dice che molte delle sue amiche che si sono operate «tanti anni fa» si sono pentite poiché «non lavorano più»⁽²³⁾ e che, però, oggi è diverso «soprattutto per chi lo fa da molto giovane»; continua asserendo che le *trans* sottopostesi tardi o molti anni prima all'intervento di Rcs nella maggior parte dei casi non sono contente perché in qualche modo «la persona, con la maturità, impara a far pace col proprio corpo», la qual cosa coinvolge anche la pratica sessuale. Sara sostiene di stare bene «oggi», di aver trovato il suo equilibrio, di voler restare così com'è e provare piacere così come lo prova, con la sua *virgola*. E, rispetto al suo sentirsi donna, aggiunge:

«la femminilità o ce l'hai o non ce l'hai, indipendentemente dal corpo che hai o che ti costruisci».

Manuela, una giovane *trans* di Scampia, inizia ad assumere ormoni a 14 anni, poi a 16 si rivolge ai medici per iniziare il percorso con il consenso dei genitori i quali, però, ella dice, «mi hanno sempre ostacolata». Manuela non conosce la distinzione tra omosessuale e transessuale; nel corso dell'intervista è intervenuta Sara per spiegare che «da piccole» le *trans* hanno una scelta da fare, un modello cui ispirarsi e che «se il modello ideale sono le donne *trans*, allora la persona diventerà *trans* anche lei, in caso contrario, sarà un *femminiello*».

Entrambe hanno assunto ormoni sin da giovanissime fuori del controllo medico pur sapendo che

«prendere gli ormoni senza controllo è molto pericoloso, ma sono troppo importanti perché ti cambiano la testa ed attirano gli uomini... nella testa cambia tutto, ti vuoi operare, se non lo fai ti viene la depressione ... gli ormoni ti tolgono il maschile dal corpo e dalla testa».

Dalle interviste risulta che chiunque abbia fatto o stia facendo il percorso ritiene che la possibilità di avere un corpo conforme alla propria identità sia un fatto straordinario. In molti casi, quando si è chiesto ai soggetti *trans* di immaginare di vivere la propria condizione *transgender* senza alcuna possibilità di poterla «convertire» al transessualismo con l'aiuto della medicina, la risposta ha rivelato l'impossibilità, da parte di soggetti intervistati, di sopravvivere in una condizione di «indeterminatezza»; allo stesso modo, alla domanda su come considerino le persone che scelgono di restare in questo stato di «limbo», le risposte sono state discordanti ma, nella maggior parte dei casi, si avverte una certa difficoltà a comprendere tale decisione, intendendo il corpo quale «reale luogo del sé» (PROSSER J. 1998: 67).

Quest'ultimo è evidentemente interpretato attraverso dinamiche di normalizzazione che si poggiano sull'ordine identitario binario, sia da parte delle istituzioni (mediche, giuridiche), sia dal punto di vista emico, dei soggetti protagonisti, molti dei quali non in grado, forse, di riflettere su queste istituzioni. In questo modo, si torna necessariamente al discorso dell'incorporazione e della necessità indotta di configurarsi in base a modelli naturalizzati e portatori di verità in apparenza incontrovertibili, come quella dello Stato, che considera e rende il cambio dell'identità vincolato alla modificazione del corpo nella sua parte genitale: la verità della persona si riduce alla verità della sua anatomia.

Nel volume edito da Gallimard nel 1999 che raccoglie il corso tenuto da Michel Foucault al Collège de France nel biennio 1974-1975 dal titolo *Gli anormali*, l'autore mette in guardia sulla pericolosa analogia tra potere

medico e potere giudiziario, il primo portatore di una verità sui corpi (diagnostica), il secondo esecutore di una giustizia “da praticare”: «nel punto in cui s’incontrano il tribunale e l’uomo di scienza, in cui si incrociano l’istituzione giudiziaria e il sapere medico o scientifico in generale; in questo stesso punto vengono formulati degli enunciati che hanno lo statuto di discorsi veri, che detengono effetti giudiziari considerevoli, e che hanno tuttavia la curiosa proprietà di essere estranei a tutte le regole, anche le più elementari, di formazione di un discorso scientifico; di essere estranei anche alle regole del diritto [...]» (FOUCAULT M. 2009 [1999]: 21). Anche se nel testo Foucault non si riferisce al transessualismo ma alle pene detentive (pratica della giustizia) che seguono alle accuse legate ad atti illeciti o violenti dovuti a presunte infermità mentali (verità mediche), il punto focale del suo discorso, vivo e presente nelle dinamiche di costruzione delle identità *transgender*, è sull’imprescindibile relazione tra sapere medico e giuridico, o meglio, «sul rapporto verità-giustizia, uno dei temi fondamentali della filosofia occidentale» (FOUCAULT M. 2009 [1999]: 21) che, a nostro avviso, molto opportunamente può essere accostato al discorso sul transessualismo e sulla malattia, la quale «deve essere considerata come una realtà sociale che mette in questione gli stessi rapporti di potere che essa contribuisce a rendere visibili, mostrando in che modo l’ordine sociale si esprime nell’ordine corporeo» (PIZZA G. 2005: 91).

Riguardo alle persone *trans*, oltre al riconoscimento giuridico che segue all’operazione, il riconoscimento sociale consiste non soltanto in un ri-allineamento al discorso della sessualità binaria che dovrebbe favorire in linea di massima la possibilità di essere più facilmente riconosciuti “normali”, ma anche, dal punto di vista della relazione sentimentale, nel rientrare in un codice di “normalità sessuale” che in molti casi le persone *transgender* ritengono di non poter condividere (si veda il caso di Sara), laddove la loro “anomalia” corporea risulta seduttiva già in un senso “perverso”, attirando un certo tipo di *partner*. Anche in questo caso, l’interiorizzazione dei discorsi sulla normalità eterosessuale e sul corpo *in ordine* funziona come dispositivo regolatore, definendo il corpo ibrido come anomalo non solo nella sua configurazione esterna ma anche negli atti, *naturalmente* sovversivi.

Per atto sovversivo intendiamo qui anche ciò che viene interpretato dai soggetti *trans* come giusto o sbagliato rispetto alla norma; sono proprio le storie di vita relative ai primi “segni della diversità” a rivelare una percezione del femminile legata ad uno specifico modello culturale, quale, ad esempio, quello che, nel Sud Italia, in generale, e nei quartieri popolari

della città di Napoli in particolare, vincola l'essere donna all'esercizio delle mansioni domestiche: *fare i servizi*. In diverse testimonianze si raccoglie questo specifico elemento come costitutivo del soggetto nel suo avvertire una vicinanza e una somiglianza con il sesso femminile.

L'altro elemento inconfutabile della femminilità è la questione della maternità; è il caso di Paola, ad esempio, che dopo l'operazione sarà donna «anche senza figli», dando per scontato che questa impossibilità rappresenti una carenza nell'economia della sua identità femminile. In altri casi, sono gli stessi soggetti *trans* a riformulare il discorso sulle loro identità descrivendosi non come «donne o uomini» ma come «donne o uomini *trans*»:

«Sono operata da trent'anni e all'inizio ero convinta che una volta operata sarei stata una donna, adesso sono arrivata a dire che non sono una donna. Essere donna non è soltanto avere una neo-vagina o le tette belle, ma è tanto altro e non so se mai ci riuscirò» (ARIETTI L. *et al.* *curr.* 2010: 61).

Si ritorna qui al discorso accennato in precedenza, rispetto al fatto che il sesso in realtà non si possa mai davvero modificare, così come, evidentemente, l'identità di genere; piuttosto che interrogarsi sul fatto che ricostruirsi il corpo possa rendere effettivamente come l'altro o meno, bisognerebbe invece riflettere su chi sia questo *altro*. In questo senso Porpora Marcasciano coglie perfettamente la questione quando sostiene che le persone *trans* dovrebbero anzitutto prendere coscienza di ciò che sono, di riflettere sulla loro esperienza, per non correre il rischio di «uscire da una gabbia (quella del corpo “sbagliato”) per entrarne in un'altra (quella del corpo “conforme”)»⁽²⁴⁾.

Il binarismo dei generi impedisce ulteriori possibilità di classificare esperienze quale quella *trans* riducendone, quindi, la complessità. Tali griglie interpretative, in effetti, creano continui paradossi: pur partendo dal sesso quale matrice prediscorsiva (nascere in un corpo sbagliato), nell'avallare ed attuare il percorso di transizione per i soggetti la cui diagnosi medica rivela il “disturbo dell'identità di genere”, quella stessa matrice prediscorsiva viene a cadere cedendo il posto al genere che, rispetto al sesso, diviene elemento prediscorsivo, perché a quel punto ne condiziona la configurazione (qui nel senso di demolizione e ricostruzione).

Il discorso non può che concludersi, quindi, partendo dalla considerazione, a questo punto paradossale, che i genitali siano ciò che determina il sesso, considerazione che dal sapere biomedico arriva al pensiero dei soggetti protagonisti della transizione passando per la “giustizia”.

Ringraziamenti

Desidero in primo luogo esprimere la mia profonda gratitudine a Marino Niola per la guida scientifica e la generosa disponibilità al dialogo umano e intellettuale. Grazie a Giovanni Pizza e a Tullio Seppilli per aver letto una prima stesura di questo testo incoraggiandomi con critiche e suggerimenti. Ringrazio due anonimi revisori per i preziosi commenti critici. Sono grata ad Antonello Petrillo e a Davide Barba, per la loro disponibilità e per avermi fornito alcuni importanti spunti interpretativi, e a Elisabetta Moro, per il suo sostegno costante e per me indispensabile. Grazie infine a tutti coloro che hanno condiviso questa mia ricerca rendendola possibile, in particolare: l'Associazione ATN, Libera e Nico Cappabianca, Sara Carbone, Carlo Cremona e l'Associazione I-Ken, Porpora Marcasciano, Paolo Valerio, Roberto Vitelli, Claudio Finelli.

Note

⁽¹⁾ Si tratta della seconda prefazione a *Gender trouble. Feminism and subversion of identity* scritta da Judith Butler nel 1999, nove anni dopo la prima pubblicazione del volume. L'edizione cui nel testo si fa riferimento è quella italiana pubblicata da Sansoni nel 2004 *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio* (BUTLER J. 2004 [1990]).

⁽²⁾ Si intende sia dal punto di vista della teoria antropologica e della tradizione scientifico-academica, sia dal punto di vista della biomedicina.

⁽³⁾ Nel mondo medico si usa distinguere tra persone transessuali *pre-op* e *post-op*, ossia tra quelle che hanno intenzione di iniziare, o hanno già iniziato, il percorso di transizione per la riassegnazione chirurgica del sesso, e quelle che lo hanno portato a termine.

⁽⁴⁾ MTF (o anche solo MF) sta per *male to female* e indica i soggetti biologicamente maschi che intraprendono il percorso di transizione e di RCS per diventare donne; FTM (o FM) indica i casi opposti.

⁽⁵⁾ L'analogia col corpo sirenico si deve al fatto che esso sia un corpo ibrido, costituito da una parte femminile e da una coda di "pesce", che nel gergo napoletano indica il pene.

⁽⁶⁾ L'operazione per il cambio di sesso nel caso degli uomini nati biologicamente donne è molto più complessa e "cl clinicamente meno soddisfacente" rispetto a quella delle donne *trans*; Marjorie Garber ne dà un'interessante spiegazione asserendo che in realtà la questione sia tanto politica quanto medica e sostenendo che il transessualismo non sia «un prodotto della chirurgia, ma una zona sociale, culturale e psicologica» (GARBER M. 1994 [1991]: 111): «Nella chirurgia per la riassegnazione del genere persiste il primato implicito del fallo, l'idea che con 'quello vero' non si venga fatti, ma si possa soltanto nascere. I chirurghi (nella stragrande maggioranza maschi) che praticano tale chirurgia ricostruttiva hanno, a livello individuale, realizzato grossi progressi tecnici, ma la cultura continua a non sostenere questo percorso di costruzione di 'veri uomini', preferendo ad esso i bagni freddi, il duro lavoro fisico e i rituali di fratellanza maschile» (GARBER M. 1994 [1991]: 108). Il discorso della studiosa sorprende in relazione al differente trattamento previsto dalla legge italiana, che consente il cambio di identità (sesso e nome) sui documenti ufficiali per i soggetti trans FTM anche in mancanza dell'operazione di rettificazione genitale, purché il soggetto in questione si sia sottoposto a isterectomia e mastectomia. Anche in questo caso, dunque, si può parlare, in relazione alla scienza medica, di un sapere situato?

⁽⁷⁾ Anche in questo caso si è riscontrata una certa incongruenza di giudizio tra gli intervistati, laddove dalle testimonianze raccolte di donne *trans* post-op la questione della impossibilità o

difficoltà a provare piacere sessuale è stata totalmente negata e definita “leggenda metropolitana”, mentre dal punto di vista medico vi è un’oggettiva difficoltà (si parla sempre di soggetti FTM) a raggiungere l’orgasmo, oltre al fatto che nel post operatorio in molti casi hanno luogo delle complicazioni.

⁽⁸⁾ Il seno è l’elemento inconfutabile dell’appartenenza a un sesso piuttosto che all’altro, anche perché è la parte più “visibile”; in entrambi i casi, persone MTM o FTM, è la prima operazione cui ci si sottopone (CHILAND C. 2011: 149).

⁽⁹⁾ Porpora Marcasciano ha scritto diversi libri sulla questione *trans*. L’ultimo lavoro, *Elementi di critica trans*, è un testo collettaneo, a cura sua, insieme ad Aurelia Arietti, Christian Ballarin e Giorgio Cuccio, che riporta degli atti di un seminario, tenutosi nel 2008, sull’esperienza *trans*.

⁽¹⁰⁾ Termine che nella lingua napoletana sta a indicare l’omosessuale passivo. In questo caso ci si riferisce ovviamente a *transgender* MTf, ossia soggetti che non si sono sottoposti ancora (o non intendono farlo) alla Rcs. Nel caso di *trans post-op*, non ha senso parlare di *ricchioni* dal momento che la “virgola”, termine utilizzato da alcuni soggetti *trans* per indicare il pene, è stata eliminata e con essa l’ambiguità corporea e, quindi, identitaria.

⁽¹¹⁾ A mio avviso i *femminielli* napoletani non sono omosessuali effeminati ma soggetti *transgender*; la cui origine è molto antica, culturalmente e storicamente legata alle tradizioni della città che li ha resi e rende, per quei pochi rimasti, unici nel loro genere. Per un approfondimento sulla questione si veda VALERIO P. - ZITO E. (2010). Si veda anche il documentario di Massimo ANDREI Cerasella: *ovvero l’estinzione della femminella*, 2007.

⁽¹²⁾ Allo stesso modo, in molte culture, soprattutto in area mediterranea, nel rapporto sessuale tra due maschi chi svolgeva ruolo “attivo” era considerato non solo non omosessuale ma addirittura “doppiamente maschile”, mentre chi assumeva il ruolo “passivo” nel rapporto veniva assimilato alla donna e considerato “effeminato”. Per un approfondimento sulla questione degli omosessuali effeminati a Napoli si veda Mauriello M. *Se sei gay non puoi essere femminiello! Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, pp. 97-109, in SIMONE Anna (curatore), *Sessismo democratico. L’uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano, 2012 (collana Eterotopie).

⁽¹³⁾ Le informazioni qui riportate sono state raccolte nel corso dell’intervista allo psichiatra e psicoterapeuta Roberto Vitelli, ricercatore presso l’Unità di Psicologia clinica e psicoanalisi applicata, Dipartimento di neuroscienze della Facoltà di medicina e chirurgia dell’Università degli studi di Napoli Federico II. Roberto Vitelli collabora con il professor Paolo Valerio presso uno dei sette centri presenti in Italia dove è possibile effettuare il percorso per la riassegnazione chirurgica del sesso.

⁽¹⁴⁾ *Ibidem*.

⁽¹⁵⁾ Dichiarazione di Roberto Vitelli nel corso dell’intervista.

⁽¹⁶⁾ Paolo Valerio è professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell’Università degli studi di Napoli Federico II.

⁽¹⁷⁾ Dichiarazione del professor Paolo Valerio durante l’intervista.

⁽¹⁸⁾ *Ibidem*.

⁽¹⁹⁾ *Ibidem*.

⁽²⁰⁾ Dichiarazione di Roberto Vitelli nel corso dell’intervista.

⁽²¹⁾ Il sito dell’Osservatorio nazionale sull’identità di genere (ONIG) [www.onig.it/drupal6/node/32] riporta i dati, aggiornati al gennaio 2011, dai quali si evince che presso la struttura di Napoli nell’anno 2010 sono state operate in tutto 9 persone, tutte *trans* MTf.

⁽²²⁾ In Spagna e nel Regno Unito la legge prevede la rettificazione anagrafica senza dover ricorrere all’intervento di adeguamento chirurgico dei genitali.

⁽²³⁾ Si intende come prostitute.

⁽²⁴⁾ Dichiarazione di Porpora Marcasciano nel corso dell’intervista.

Bibliografia

- ARIETTI Laurella - BALLARIN Christian - CUCCIO Giorgio - MARCASCIANO Porpora (curatori) (2010), *Elementi di critica trans*, Manifestolibri, Roma.
- ASTUTI Rita (1998), 'It's a boy', 'It's a girl!'. Reflections on sex and gender in Madagascar and Beyond, pp. 29-52, in LAMBEK Michael - STRATHERN Andrew (curatori), *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*, Cambridge University Press, Cambridge (UK).
- BARNES Whitney (2011), *The medicalization of transgenderism* [http://www.trans-health.com 18 luglio 2001].
- BOURDIEU Pierre (1998), *La domination masculine*, Éditions di Seuil, Paris.
- BUSONI Mila (2000), *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Carocci, Roma.
- BUTLER Judith (2004 [1990]), *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*, traduz. dall'inglese di Roberta Zuppet, Sansoni, Firenze [ediz. orig.: *Gender trouble*, Routledge, New York - London, 1990].
- BUTLER Judith (2006 [2004]), *La disfatta del genere*, traduz. dall'inglese di Patrizia Maffezzoli, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Undoing gender*, Routledge, New York - London, 2004].
- CHILAND Colette (2011), *Changer de sexe. Illusion et réalité*, Odile Jacob, Paris.
- DE BEAUVOIR Simone (2002 [1949]), *Il secondo sesso*, traduz. dal francese di Roberto Cantini e Mario Andreose, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le deuxième sexe*, Gallimard, Paris, 1949].
- DE MARTINO Ernesto (2007 [1948]), *Il mondo magico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- DOUGLAS Mary (1996 [1966]), *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, traduz. dall'inglese di Alda Vatta, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*, Routledge, London, 1966].
- EKINS Richard (2005), *Science, politics and clinical intervention. Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity*, "Sexualities", vol. 8, n. 3, 2005, pp. 306-328.
- FOUCAULT Michel (1984 [1976]), *Storia della sessualità*, vol. 1. *La volontà di sapere*, traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Histoire de la sexualité*, vol. 1. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].
- FOUCAULT Michel (2010 [1999]), *Gli anormali, corsi al Collège de France 1974-75*, traduz. dal francese di Valerio Marchetti e Antonella Salomoni, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Les anormaux, cours au Collège de France 1974-75*, Gallimard, Paris, 1999].
- GARBER Marjorie (1994[1992]), *Interessi truccati. Giochi di travestimento e angoscia culturale*, traduz. dall'inglese di Maria Nadotti, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Vested interests. Cross-dressing and cultural anxiety*, Routledge, Chapman and Hall, London, 1992].
- GILMORE David (2003 [1990]), *La genesi del maschile. Modelli culturali di virilità*, traduz. dall'inglese di Luca Guzzetti, La Nuova Italia, Scandicci [ediz. orig.: *Manhood in the making. Cultural concepts of masculinity*, Yale University Press, New Haven, 1990].
- GOFFMAN Erving (1959), *The presentation of self in everyday life*, Doubleday Anchor Books, New York.
- HALBERSTAM Judith (1998), *Female masculinity*, Duke University Press, Durham.
- HÉRITIER Françoise (2000 [1996]), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara Fiore, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris, 1996].
- HERZFELD Michael (1985), *The poetics of manhood. Context and identity in a Cretan mountain village*, Princeton University Press, Princeton.
- LAQUEUR Thomas (1990), *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, Harvard University Press, London.
- LÖWY Ilana - FLECK Ludwik (1988), *On the social construction of medical knowledge*, "Sociology of Health & Illness", vol. 10, n. 2, giugno 1988, pp. 133-155.

MAURIELLO Marzia (2012), *Se sei gay non puoi essere femminiello! Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, pp. 97-109, in SIMONE Anna (curatore), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano, 2012 (collana Eterotopie).

MAUSS Marcel (1991 [1936]), *Le tecniche del corpo*, pp. 385-409, in MAUSS Marcel, *Teoria generale della magia e altri scritti*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS, traduz. dal francese di Franco Zannino, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio: *Les techniques du corps*, 1936].

NANDA Serena (1990), *Neither man nor woman. The Hijras of India*, Wadsworth, Belmont.

ORTNER Sherry B. - WHITEHEAD Henrietta (1981), *Sexual meanings: the cultural construction of gender and sexuality*, Cambridge University Press, Cambridge (UK).

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PROSSER Jay (1998), *Second skins. The body narratives of transsexuality*, Columbia University Press, New York.

SENELICK Laurence (2007), *The changing room. Sex, drag and theatre*, Routledge, London.

SHRAGE Laurie S. (2009), *You've changed. Sex reassignment and personal identity*, Oxford University Press, Oxford.

SIMONE Anna (curatore), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano, 2012 (collana Eterotopie).

STRYKER Susan (2008), *Transgender history*, Seal Studies, Berkeley.

VALENTINE David (2007), *Imagining transgender. An ethnography of a category*, Duke University Press, Durham.

VALERIO Paolo - ZITO Eugenio (2010), *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Filema Edizioni, Napoli.

VITELLI Roberto (2010), *L'al di là del femminile: note per una lettura daseinsanalitica del transessualismo maschile*, "Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques", n. 21, 2011, pp. 292-317 [<http://www.rivistacomprendre.org/rivista/>].

WILLIAMS Walter L. (1992 [1986]), *The spirit and the flesh. Sexual diversity in American Indian culture*, Beacon Press, Boston.

Scheda sull'Autrice

Marzia Mauriello è nata a Napoli nel 1976, si è laureata nel 2001 in Lingue e civiltà orientali presso l'Istituto universitario orientale di Napoli con una tesi in Storia dell'Africa sub-sahariana, e nel 2008 ha conseguito il dottorato di ricerca in etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma presentando una tesi dal titolo *Generi drammatici. Donne e uomini nel teatro napoletano del Novecento*. Già assegnista di ricerca in Antropologia presso l'Università degli studi Suor Orsola Benincasa di Napoli, è docente a contratto, presso lo stesso Ateneo, del corso di Etnologia e del Laboratorio di Linguaggi del corpo. Dal 2010 è titolare del corso di Liberal arts "Anthropology: the invention of the South" organizzato dal CIEE (Council of international European exchange) presso l'Università degli studi di Napoli "L'Orientale". Dal 2005 collabora con il Laboratorio di Antropologia sociale dell'Università degli studi "Suor Orsola Benincasa" di Napoli. È membro dell'AISEA (Associazione italiana per le scienze etnoan-

tropologiche) e del Centro di studi sociali sulla dieta mediterranea dell'Università degli studi "Suor Orsola Benincasa" di Napoli. Svolge attività di ricerca prevalentemente nell'ambito degli studi di genere, con particolare riferimento alle pratiche performative; è autrice del saggio *Generi drammatici. Donne e uomini nel teatro di Annibale Ruccello*, "Annali. Università degli studi Suor Orsola Benincasa" di Napoli (2009), del saggio *"Se sei gay non puoi essere femminiello!" Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, in SIMONE A. (curatore), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberalismo* (Mimesis, Milano, 2012) e del testo, in corso di pubblicazione, *Drammi di genere. Donne, uomini, famiglie nel teatro di Raffaele Viviani*.

Riassunto

La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella città di Napoli

La cosiddetta disforia di genere viene considerata un disturbo mentale ed è annoverata tra le malattie presenti nel DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Il percorso medico/psicologico per la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS), previsto dalla legge italiana, della durata complessiva di tre anni circa, è accompagnato da un complesso percorso giuridico al fine di ottenere la rettifica anagrafica (nome e sesso) sui documenti ufficiali e, quindi, riconoscimento giuridico. Scopo di questa ricerca è determinare, attraverso il racconto dei soggetti coinvolti, quanto "l'omologazione genitale" per via chirurgica possa effettivamente rappresentare una "soluzione di vita" o se, più che effettuare la transizione verso il "sesso" opposto, questi soggetti compiano una transizione verso il "modello" opposto, culturalmente determinato. L'altro aspetto da considerare è la patologizzazione del fenomeno transessuale: se da un lato i processi di medicalizzazione sono da considerarsi parte integrante del processo di cambiamento per i soggetti che decidono di sottoporsi al percorso di transizione, altra cosa è considerare il transessualismo una patologia, una malattia mentale o un disturbo dell'identità. Tale interpretazione del fenomeno, difatti, induce una importante riflessione sulla "terapia", non psichiatrica ma basata su un percorso di transizione che si completa con la rimozione chirurgica degli organi genitali "indesiderati" (?) e non con un "riallineamento" dell'identità di genere al sesso biologico di origine. Il terreno di elezione per questa ricerca è la città di Napoli, luogo di uno dei sette centri in Italia dove è possibile effettuare il percorso di transizione e contesto in cui il "terzo genere" è stato sempre presente nella figura tradizionale dei *femminielli*, dei *transgender ante litteram*; ciò consente un'analisi diacronica delle forme che la realtà *transgender* ha assunto in relazione ai mutamenti culturali e sociali di uno specifico contesto.

Parole chiave: identità; genere, trans gender, transessualismo, medicalizzazione, performance, corpo, disforia di genere, terapia: eteronormatività.

Résumé

Médicalisation de l'expérience trans dans le parcours vers la "chirurgie de réassignation sexuelle". Une recherche dans la ville de Naples

La dysphorie de genre est considérée comme un trouble mental et est répertoriée dans le Dsm IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Le parcours médical/psychologique vers la chirurgie de réassignation sexuelle (CRS), requis par la loi italienne, est d'une durée totale de trois ans. Il s'accompagne d'un parcours juridique complexe que les personnes impliquées doivent nécessairement accomplir pour obtenir le changement d'état-civil (nom et sexe) sur les documents officiels et, par conséquent, la reconnaissance légale. Le but de cette recherche est d'arriver à comprendre, à travers les récits de ceux qui sont impliqués, dans quelle mesure «l'homogénéisation des organes génitaux» par la chirurgie peut effectivement représenter une "solution vitale" ou si, plutôt que de faire la transition vers le "sexe" opposé, ces sujets effectuent une transition vers le "modèle" opposé, culturellement déterminé. L'autre aspect à considérer est la pathologisation du phénomène transsexuel: si, d'une part, les processus de médicalisation sont considérés comme faisant partie intégrante du processus de changement pour ceux qui décident de se soumettre au parcours de transition, c'est une toute autre affaire que de considérer le transsexualisme comme une condition médicale, une maladie mentale ou un trouble identitaire. Une telle interprétation du phénomène induit une réflexion importante sur la "thérapie", qui n'est pas psychiatrique, mais fondée sur un parcours de transition aboutissant à l'ablation chirurgicale des organes génitaux "indésirables" (?), et non pas à un "réalignement" de l'identité de genre au sexe biologique d'origine. Le terrain d'élection pour cette recherche est la ville de Naples: non seulement parce qu'elle abrite l'un des sept centres en Italie où l'on peut faire le parcours de transition, mais parce que le "troisième sexe" à Naples a toujours été présent à travers la figure traditionnelle des *femminielli*, des transgenres avant la lettre; ce qui permet une analyse diachronique des formes que la réalité transgenre a prises en matière de changements culturels et sociaux dans un contexte spécifique.

Mots clés: identité, genre, transgenre, transsexualisme, médicalisation, performance, corps, dysphorie de genre, thérapie, hétéronormativité.

Resumen

La medicalización de la experiencia trans en el camino hacia la "reasignación quirúrgica del sexo". Investigación etnográfica en Nápoles

La disforia de género se considera una enfermedad mental y es una de las clasificadas en el Dsm IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). El camino

médico/psicológico para la reasignación quirúrgica del sexo (Rcs), según la ley italiana, que abarca un período de tres años, transcurre por una vía jurídica muy complicada a la cual las personas interesadas deben someterse necesariamente para conseguir la corrección del registro (nombre y sexo) en los papeles y, por tanto, conseguir el reconocimiento legal. El propósito de esta investigación es determinar, a través de los cuentos de las personas implicadas, si la “homologación genital” quirúrgica pueda efectivamente significar una “solución definitiva” o si, más bien, realizar una transacción hacia el otro sexo, sólo signifique una transacción hacia el “modelo opuesto”, culturalmente determinado. La segunda cuestión es el hecho de considerar patología el fenómeno transexual. Por una parte, en efecto, la medicalización forma parte del proceso de cambio de sexo; pero algo muy diferente es considerar la transexualidad como una patología, una enfermedad mental o un problema de la identidad. Esa interpretación de la transexualidad nos lleva a una reflexión sobre la “terapia” que no es psiquiátrica sino simplemente de remoción quirúrgica de los órganos genitales “no deseados”, sin ningún reajuste de la identidad de género con el sexo biológico. Para esta investigación se ha elegido la ciudad de Nápoles porque es uno de los siete centros italianos en los que es posible realizar el camino de transición y, además, porque el “tercer género” en Nápoles ha estado siempre presente en la imagen del *femminiello*, *transgender ante litteram*; eso nos permite un análisis diacrónico de las formas que la realidad *transgender* ha asumido en relación a los cambios culturales y sociales de un contexto específico.

Palabras clave: identidad, género, transgénero, transexual, medicalización, performance, cuerpo, disforia de género, terapia, heteronormatividad.

Abstract

The medicalization of the “trans” experience in the path for the “sex reassignment surgery”. An ethnographical research in the city of Naples

The so-called gender dysphoria is considered a mental disorder and is listed in the DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). The medical/psychological path for the Sex Reassignment Surgery (Srs), whose total duration lasts three years, is mandatory for the Italian law. It is accompanied by a complex legal path, that the people involved must necessarily undergo, in order to obtain the registry correction (name and gender) on official documents and, therefore, legal recognition. Through the stories of those involved, the research aims to investigate whether “genital realignment” via surgery may actually represent a “life settlement”, or these subjects make a transition to the opposite “model”, which is culturally determined, rather than to the opposite “sex”. The other aspect to consider is the pathologizing

of the transsexual phenomenon: on the one hand, the processes of medicalization, for those who decide to undergo the transition path, are considered an integral part of the process of changing. A different question is to consider the transsexualism a medical condition, a mental illness or a disorder of identity. Such an interpretation of the phenomenon, as a matter of fact, induces an important reflection on the “therapy”, that is not psychiatric, but based on a transition path that culminates in the surgical removal of the “undesirable” (?) genitals, and not with a “realignment” of gender identity to the biological sex. The research field is the city of Naples, which is one of the seven places in Italy where to make the transition path, and also the place where the “third gender” has always had a strong presence in the traditional figure of *femminielli*, *ante litteram* transgender. That allows a diachronic analysis of the forms that the transgender experience has taken in relation to the cultural and social changes of a specific context.

Keywords: identity, gender, transgender, transsexualism, medicalisation, performance, body, gender dysphoria, therapy, heteronormativity.