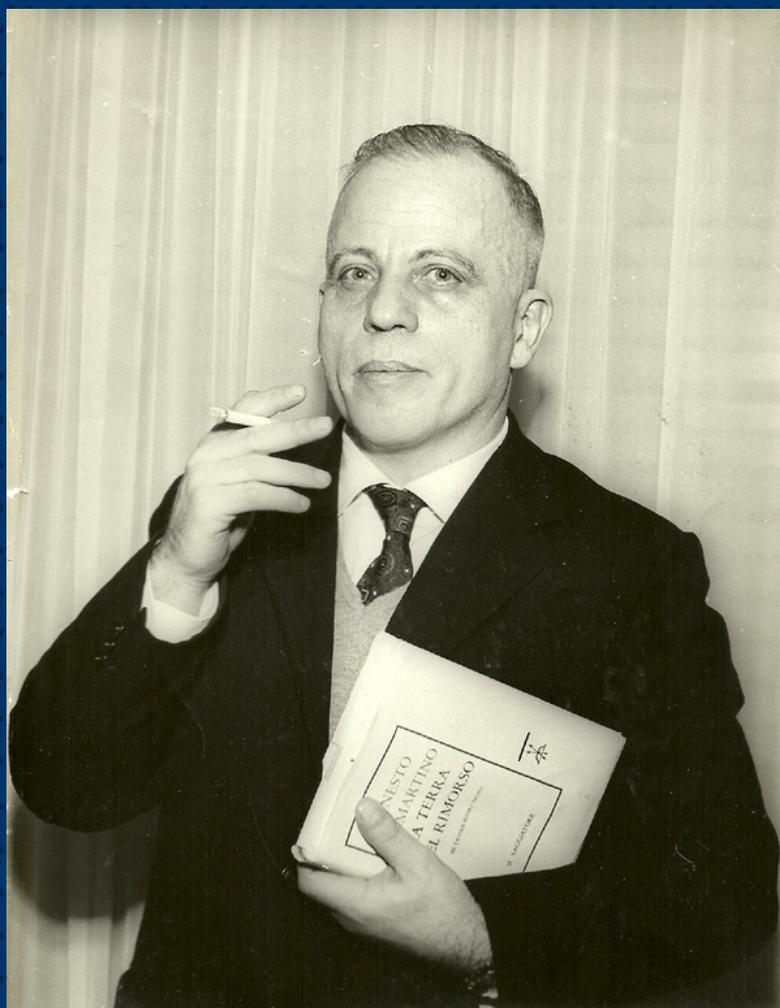


AMM



54 / dicembre 2022

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

1961: Ernesto de Martino (1908-1965) alla presentazione del suo libro *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

54

dicembre 2022
December 2022



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice Contents



n. 54, dicembre 2022

n. 54, December 2022

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
AM 54 e il ritorno della sezione monografica
AM 54 and the Return of the Monographic Section

Sezione monografica

- 11 Roberto Beneduce, Giovanni Pizza
“1961 (e dintorni)”: un tempo-cerniera.
Premessa alla sezione monografica
“1961 (and surroundings)”: a time-hinge.
Introduction to the monographic section
- 21 Roberto Beneduce
Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro
Frantz Fanon. Healing History;
Disalienating the Future
- 71 Didier Fassin
L’Histoire de la folie et ses doubles
History of Madness and Its Doubles
- 87 Giovanni Pizza
La formula strutturale dell’équipe.
La terra del rimorso oggi e il metodo etnografico di
Ernesto de Martino
The Structural Formula of the Team.
The Land of Remorse Today and Ernesto de Martino’s
Ethnographic Methodology
- 111 Massimiliano Minelli
Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture
Asylum 61. Madness, Institutions, Writings
- 145 Pino Schirripa
La grande festa e i Movimenti religiosi,
una prospettiva materialista nell’antropologia religiosa
The Great Feast and The Religion of the Oppressed,
a Materialist Perspective in the Anthropology of
Religions

Saggi

- 163 Chiara Moretti
Persona, corpo e malattia.
Il contributo dell’antropologia medica allo sviluppo
di una medicina critica e autoriflessiva
The Individual, the Body and the Disease.
The Contribution of Medical Anthropology
to the Development of a Critical and Self-Reflexive
Medicine

- Saggi*
- 179 Rita Finco, Raúl Zecca Castel
*Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me.
 Tra storia, teoria e metodo
 The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me.
 Between History, Theory and Method*
- Ricerche*
- 207 Ylenia Baldanza, Marco Bacchella
*Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans
 tra istituzione biomedica e autocura
 Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity
 between Biomedical Institution and
 Self-Medication*
- 241 Daniela Crocetti, Laura Palareti
*"Why is it that, more often than not, docs and nurses
 haven't even heard of us?".
 Women and Bleeding Disorders in Italy
 "Perché, il più delle volte, i medici e gli infermieri
 non hanno nemmeno sentito parlare di noi?".
 Donne e malattie emorragiche in Italia*
- 271 Federico Divino
*Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia
 nella medicina buddhista
 Some Notes on the Conception of Body and 'Disease'
 in Buddhist Medicine*
- Note, interventi,
 rassegne*
- 299 Donatella Cozzi
*«Trasumanar e organizzar».
 Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria
 di comunità in Umbria di Francesco Scotti
 «Trasumanar e organizzar». Birth and Evolution of a
 Community Psychiatry in Umbria by Francesco Scotti*
- 327 Fabio Dei
*Etnografie pandemiche
 Pandemic Ethnographies*
- Recensioni*
- Francesco Diodati, *La demenza e l'imperativo
 della prevenzione / Dementia and the Imperative
 of Prevention* [Annette Leibing, Silke Schicktanz
 (a cura di), *Preventing Dementia? Critical Perspectives
 on a New Paradigm of Preparing for Old Age*],
 p. 345 • Corinna S. Guerzoni, *Part(or)ire altrove / Give
 Birth Elsewhere* [Chiara Quagliariello, *L'isola dove
 non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative,
 genere e migrazioni*], p. 353 • Giovanni Pizza, *Di là
 dal corpo / Beyond the Body* [Sara Cassandra,
*La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie
 di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*],
 p. 358 • Giovanni Pizza, *Politica, poesia e
 pandemia / Politics, Poetry and the Pandemic*
 [Gabriele Frasca, *Lettere a Valentinov*], p. 363 •
 Viviana L. Toro Matuk, *Struttura biopolitica e
 paradigma immunitario / Biopolitical Structure and
 Immune Paradigm* [Roberto Esposito, *Immunità
 comune. Biopolitica all'epoca della pandemia*], p. 370.

Editoriale

AM 54 e il ritorno della sezione monografica

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

Care Lettrici e Cari Lettori,

con questo numero 54 di AM torniamo alle sezioni monografiche. Per la cura di Roberto Beneduce e mia ne produciamo una che celebra l'anno 1961.

Si vuole così ricordare un periodo importante che, a cavallo tra gli anni Cinquanta e i Sessanta del secolo scorso, ha visto il declino del colonialismo e l'avvio, fin da subito intenso, del fenomeno postcoloniale e decoloniale.

Il discorso "postcoloniale" ci sembra fondamentale anche per l'antropologia medica. Esso cerca di andare ben oltre la Grande Separazione della salute, quel *Great Divide* tra l'Occidente e gli Altri che a lungo aveva caratterizzato anche tale branca di studi (che, per esempio, in precedenza non teneva conto delle ineguaglianze). Si cominciano a decostruire tematiche e relazioni importanti, tra le quali malessere, potere, identità. In antropologia medica è il tema del corpo e della follia ad essere esplorato attraverso lo studio di altre culture e/o di dislivelli interni alla cultura occidentale nel tempo e nello spazio, cioè sia nella profondità storica sia nel comparativismo geografico.

In tale quadro generale, abbiamo chiesto una riflessione a studiosi e ricercatori esperti, italiani e no, per rievocare quel periodo e le sue promesse. Tutti lo hanno interrogato alla luce del presente.

AM, però, non finisce qui.

Vi è una sezione non monografica con due saggi, di cui uno complementare a uno scritto che apparirà nel numero successivo, tre ricerche, due

note (una sul nostro fondatore e il suo amore per le questioni della salute mentale e un'altra sull'antropologia della pandemia da Covid-19) e infine cinque recensioni.

Questo è quanto siamo riusciti a fare per questo numero 54.

A Voi un caro saluto e un duplice augurio di buona lettura e di sereno giudizio.

Traiettorie di genere
Legittimazione dell'identità trans
tra istituzione biomedica e autocura

Ylenia Baldanza

Università di Milano-Bicocca
[y.baldanza@campus.unimib.it]

Marco Bacchella

Università di Milano-Bicocca
[m.bacchella@campus.unimib.it]

Abstract

Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity between Biomedical Institution and Self-Medication

This work aims to illustrate how the identities of young transgender individuals are legitimized and socially recognised through biomedical practice and, in particular, through the diagnosis of gender dysphoria and hormone therapies. However, when the relationship between the subject and the biomedical institution turns out to be the scene of clashes, refusals and omissions, individuals resort to specific strategies to assert their agency, this contribution focuses on self-medication and the use of online resources as an attempt to regain control over one's own body.

Keywords: transgender, gender, self-medication, diagnosis, gender dysphoria, DSM

Introduzione

Oggetto di questo lavoro è la transizione di genere. Questo concetto indica il passaggio dal genere assegnato alla nascita al genere in cui la persona si identifica e con il quale sente il bisogno di essere socializzata. La transizione prende la forma di un iter terapeutico preciso a cui i soggetti devono sottoporsi per ottenere riconoscimento sociale. Tuttavia, lungi dall'essere un mero susseguirsi di passaggi e terapie biomediche, la transizione è anche un percorso esistenziale che si iscrive e si struttura proprio nell'incontro-

scontro con i processi sociali e politici, costituendo un tutto complesso e integrato. Questo articolo si propone di illustrare come il percorso biomedico e il percorso giuridico incidono sul soggetto trans, strutturandone l'identità e regolandone la socializzazione. Esistono alcuni passaggi ricorrenti del percorso di transizione – come la realizzazione della propria identità trans, l'ottenimento della diagnosi di disforia di genere, le terapie ormonali sostitutive e gli interventi chirurgici di riassegnazione del sesso – ma questi non sussistono mai come tappe fisse che scandiscono la vita del soggetto, ordinandola in senso progressivo verso la meta del cambio di genere: ogni passaggio è carico di anticipazioni, ansie, preparazioni e frustrazioni che riattualizzano costantemente ciò che non è ancora o ciò che non è più, andando a incidere profondamente sull'esistenza di chi decide di intraprendere questo percorso.

In questo contributo, dopo aver delineato la metodologia di ricerca da noi impiegata, nel primo paragrafo abbiamo ritenuto opportuno trattare di come la categoria diagnostica dell'attuale disforia di genere venga costruita nelle varie edizioni del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (Dsm), evidenziando come le rappresentazioni sociali delle identità trans strutturate, e, al contempo, siano strutturate dalla biomedicina. Abbiamo inoltre delineato i panorami simbolici che ineriscono ai termini “genere” e “sesso”, per sottolineare come gli individui da noi considerati vivono la propria identità in rapporto alla patologia. Nel secondo paragrafo abbiamo considerato le traiettorie biografico-narrative relative all'esperienza della transizione di genere per restituirne un'immagine quanto più completa possibile. Partendo dal momento in cui i soggetti trans hanno realizzato la propria condizione, abbiamo tratteggiato l'articolarsi del rapporto tra gli individui e la patologia, soffermandoci su come quest'ultima contribuisca a strutturare l'identità dei primi. Abbiamo ritenuto opportuno mostrare come l'istituzione biomedica regoli queste identità che eccedono la norma, inscrivendole in specifici panorami binari del genere. Quindi, dopo aver esposto le difficoltà incontrate dai soggetti nell'interfacciarsi con gli endocrinologi che prescrivono le terapie ormonali, ci siamo soffermati su quest'ultime, mettendo in luce il rapporto conflittuale che intercorre tra l'individuo e l'assunzione dei farmaci. Nel terzo paragrafo abbiamo preso in esame le pratiche di autocura di alcune intervistate, contestualizzandole all'interno delle comunità online che forniscono le risorse necessarie per reperire i farmaci e gestire la terapia ormonale senza controllo medico. Abbiamo rilevato come l'autocura si affermi come strategia di rivendicazione dell'*agency* di fronte a un iter terapeutico spesso considerato alienante.

Infine, nella conclusione, abbiamo contestualizzato i dati etnografici in un *frame* teorico che rendesse ragione del carattere ideologico e politico delle narrazioni che abbiamo raccolto.

Metodologia

Una prima precisazione metodologica concerne la scelta dei termini che abbiamo impiegato per riferirci ai soggetti di questa ricerca. Bisogna notare che il DSM-5 definisce “transessuale” l’individuo che «ha attuato o desidera attuare una transizione sociale da maschio a femmina o da femmina a maschio, che in molti casi, anche se non in tutti, comporta una transizione somatica» (APA 2013: 528), e “transgender” chi si identifica «in modo transitorio o persistente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita» (*ibidem*). Tuttavia, queste definizioni non trovano eco nelle esperienze dei soggetti intervistati, i quali si sono definiti “trans”, abbreviazione di “transgender”. Quest’ultimo, da quanto abbiamo rilevato, viene utilizzato per includere tutte le identità che trascendono il binarismo uomo-donna. Esiste un aspetto rivendicativo del termine in quanto il focus della parola sul “-gender” presuppone le teorie costruttiviste, che ormai sono entrate nell’orizzonte di senso comune di quella che si potrebbe definire una comunità semiotica (SCARDUELLI 2013). Tutti gli intervistati, senza eccezioni, hanno definito il genere “un costruito sociale”. Particolarmente rilevante è stato l’intervento di Matteo, che ha confermato il vasto grado di diffusione del significato associato al termine: «Dicendolo in modo che... cioè, con cui lo fanno tutti... anche per me il genere è un po’ un costruito sociale». Pertanto abbiamo preferito utilizzare il termine “transgender” (spesso abbreviato in “trans”) piuttosto che “transessuale”.

Rispetto alla metodologia da noi adottata, abbiamo optato per interviste non strutturate che veicolino le esperienze di transizione di giovani individui transgender, con il fine di lasciare che essi stessi elaborassero le difficoltà incontrate e conducessero la narrazione.

Abbiamo considerato un campione di cinque individui provenienti da diverse province italiane (Milano, Lecco, Firenze, Livorno, Sassari) e di diversa estrazione e ceto sociale. Ogni intervistato o intervistata¹, a cui è stato attribuito uno pseudonimo, si trova in un momento diverso della transizione: Carmine (FtM², ventuno anni) non ha ancora ottenuto la diagnosi di disforia di genere, Matteo (FtM, vent’anni) ha iniziato da poco la terapia ormonale, Elisa e Ilaria (entrambe MtF di ventidue anni), dopo un periodo

di autocura, sono seguite da due diversi endocrinologi, mentre Yara (MtF, ventotto anni) pratica esclusivamente autocura.

Nessuno degli individui che si è proposto di partecipare a questa ricerca si è sottoposto, o ha intenzione di sottoporsi a breve, a operazioni chirurgiche di riassegnazione del genere. Indubbiamente l'età media del campione gioca un ruolo fondamentale: i soggetti più giovani non possono sottoporsi a interventi chirurgici invasivi se prima non hanno avviato le dovute procedure giuridiche, con tutti i passaggi burocratici, gli eventuali costi e la lunghezza delle procedure che queste comportano.

In aggiunta a queste interviste, abbiamo poi analizzato alcuni siti internet (di cui uno, nello specifico, curato da Yara e Elisa) che offrono un compendio di informazioni sulla transizione. Queste risorse, gestite da individui trans e rivolte ad altri individui trans in una sorta di assetto *peer-to-peer*, comprendono consigli pratici relativi all'autocura. In particolare ci siamo soffermati sulle pagine relative all'acquisto dei farmaci sul mercato grigio e alle farmacie in cui si vendono i farmaci senza che si presenti la ricetta (che, legalmente, sarebbe obbligatoria). Data la natura illegale di alcuni dei contenuti, non citiamo questi siti per non comprometterne i curatori.

Riteniamo inoltre che la metodologia da noi utilizzata contenga in sé un difetto strutturale imposto dalle condizioni della ricerca. Nell'introduzione alla sua *Transgender History*, Susan Stryker critica l'approccio della letteratura medica e psicologica alle tematiche trans, in quanto tratterebbe «transgender phenomena as a personal (and pathological) deviation from social norms of healthy gender expression» (STRYKER 2008: 2). L'approccio eccessivamente personalistico, infatti, nasconde il carattere politico del fenomeno e cela gli elementi di critica sociale che da esso emergono dietro alla pretesa eccezionalità di una specifica storia di vita. Inoltre, come afferma Pierre Bourdieu nell'*Illusione biografica*, il presupposto della narrazione biografica è in sé assurdo, in quanto «Porta a costruire il concetto di traiettoria come una serie di posizioni successivamente occupate da uno stesso agente [...] in uno spazio che è esso stesso in divenire e soggetto a trasformazioni incessanti» (BOURDIEU 2009: 78). Poste queste premesse, la scelta metodologica di limitare la raccolta etnografica alle interviste qualitative può sembrare una contraddizione. Tuttavia tale metodo si è rivelato l'unico concretamente praticabile di fronte alle difficoltà di inserimento all'interno di tutti quegli eventi che determinano e creano la prassi biomedica. Le nostre richieste di partecipazione a psicologi, psicoterapeuti e endocrinologi che hanno o avevano in cura gli intervistati non hanno

ricevuto risposta, mentre specialisti generici o si sono appellati alle leggi sull'obbligo del segreto professionale (art. 321 CP) o hanno ammesso di non avere alcuna esperienza nel trattamento di pazienti trans. Riportiamo il caso di un endocrinologo milanese, contattato per via telefonica, che ha sostenuto di poter concederci un'intervista a patto che citassimo i suoi articoli di endocrinologia, in modo da incrementare l'impatto del suo *citation index*. Quando abbiamo espresso le nostre reticenze nel citare *a priori* i suoi lavori, la sua segretaria ci ha informato che il dottore non era più disponibile.

In questo senso emerge un margine di resistenza delle istituzioni rispetto all'occhio del ricercatore: sembra che tutta la prassi si sottragga all'indagine in virtù della sua stessa costituzione. Didier Fassin, ne *La forza dell'ordine*³ (2013), fa notare in modo analogo che «non c'è dubbio che il sottrarsi dello Stato allo sguardo del ricercatore, e dunque del cittadino, meriti una certa attenzione» (FASSIN 2013: 44). Cosa può dire un ricercatore, escluso per posizionamento e per difficoltà burocratiche dall'istituzione, sull'istituzione in sé? Tutto ciò che le zone d'ombra della nostra ricerca possono dire sarebbe oggetto di speculazione. Nel tentativo di farvi luce, non possiamo esimerci dall'utilizzare i frammenti narrativi che le persone che abbiamo incontrato hanno voluto offrirci, condividendo con noi le frustrazioni che i meccanismi istituzionali hanno loro arrecato. La ragione di questo sottrarsi allo sguardo antropologico è da ritrovarsi nell'autorità che la biomedicina esercita, ben esemplificata dalla proiezione del valore morale sulla categoria del patologico (FOUCAULT 2010; FAINZANG 2002; PIZZA 2021; FASSIN 2019). In questo contesto lo scoglio burocratico delle leggi e degli obblighi sopracitati e il disinteresse dei medici, ci hanno portato a considerare le strategie di autocura come pratiche più accessibili per il ricercatore.

Il genere dalla categoria diagnostica alla costruzione culturale

Vorremmo iniziare questo lavoro proponendo un'iniziale cornice teorica che possa servire per inquadrare il dato etnografico. Abbiamo ritenuto necessario ricostruire, seppur brevemente, il lungo percorso di affermazione e riconoscimento dell'attuale disforia di genere nelle varie edizioni del *DSM*, con il fine di mostrare la parzialità della biomedicina e di evidenziare i rapporti di forza che strutturano la condizione del paziente (GORDON 1988; PIZZA 2021; BENEDEUCE 2013; STRAND 2011). Abbiamo poi voluto delineare il rapporto che intercorre tra la categoria diagnostica e la naturalizzazione del sesso (FOUCAULT 2010, 2021; HÉRITIER 2000) in modo da con-

testualizzare le critiche di matrice costruttivista (BUTLER 2007) e radicarle nel discorso biomedico.

Precisare la genealogia di una categoria diagnostica, per quanto parziale, permette di mostrare come il processo di costruzione della diagnosi riveli la parzialità della biomedicina; secondo Gordon (1988) gli assunti di verità e la pretesa di scientificità sono soggetti all'inevitabile scacco della storia. Se la biomedicina costruisce, attraverso la sua prassi, un *discourse* identitario tanto epistemologico quanto ontologico, è la rettifica a cui sono state soggette le categorie diagnostiche che mostra la costruzione diacronica dell'intero campo biomedico. Inoltre, come nota Strand (2011), ogni suddivisione classificatoria rappresenta un ordinamento di carattere simbolico che, allo stesso tempo, si iscrive come «“boundary object” that establishes a controlled consensus on meaning, which in turn synchronizes action across several different social domains» (STRAND 2011: 274). In questo senso rivelare il carattere parziale della biomedicina permette di dipingere uno scenario più complesso che mostra come la dimensione sociale e la dimensione politica siano parte integrante e fondativa dell'approccio biomedico: ricostruire una genealogia della disforia nel DSM è utile per rivelare i rapporti reciproci di strutturazione tra la società e la patologia e, conseguentemente, per cercare di individuare i processi di costruzione sociale relativi alla malattia e il loro sviluppo storico. Come nota Beneduce, lo scopo della diagnosi sarebbe «nominare altrimenti conflitti, naturalizzare sofferenze, governare quella che Devereux riconosceva come il nucleo di ogni sintomo psichiatrico, ossia la critica dell'ordine sociale» (BENEDEUCE 2013: 208).

Nelle prime due edizioni del DSM (1952, 1968), la mancata aderenza al genere assegnato alla nascita non viene problematizzata. La ragione di questa mancanza è da rilevarsi in una iniziale e pervasiva equivocità tra la transessualità e il travestitismo, nonché tra la non aderenza al sesso biologico e l'omosessualità (come si rileva per esempio in *Psychopathia sexualis* di Krafft-Ebing⁴ del 1886). Queste ambiguità sono state problematizzate da Foucault: secondo il filosofo le concettualizzazioni dei disturbi di natura sessuale nella psicologia di quegli anni rivelerebbero «una natura che si distarrebbe abbastanza da sé per sfuggire alla legge» (FOUCAULT 2021: 43). Per questo tali “aberrazioni” non vengono eliminate ma reintegrate in una tassonomia che le renda docili: «La sessualità diventa così il reagente che lascia apparire sul palinsesto della vita il minuscolo cifrario dell'individuo, il suo più ostinato “conosci te stesso”» (AGAMBEN in KRAFFT-EBING 2006: 10). Solo a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta il transessualismo inizia a venire riconosciuto come una condizione propria. Ciò avviene in partico-

lare grazie al clamoroso caso di Christine Jorgensen, una donna trans che si sottopose con successo a interventi chirurgici e terapie ormonali per ottenere quello che allora era chiamato “cambiamento di sesso”. Negli stessi anni Henry Benjamin, endocrinologo che studiò il caso Jorgensen, iniziò a porre una distinzione tra il travestitismo e la pratica del *cross-dressing*, ossia l’atto ludico di presentarsi esteticamente come un individuo del sesso opposto, e la transessualità (BENJAMIN 1999). Secondo l’autore, infatti, le due condizioni sono distinte e tuttavia intercomunicanti in quanto il *cross-dressing*, se scevro di eccitazione sessuale (LEV 2005), sarebbe una delle manifestazioni sintomatologiche della transessualità.

Il fatto che omosessuali e “travestiti” vengano inseriti nella categoria dei disturbi psicopatici in quanto

ill primarily in terms of society and of conformity with the prevailing cultural milieu, and not only in terms of personal discomfort and relations with other individuals» (APA 1952: 38),

mostra come la creazione della patologia sia radicata nella mancata adesione alla norma, la quale è strutturata a livello culturale. La biomedicina, infatti, fin dalla metà dell’Ottocento aveva sostituito la religione come principale autorità sociale (FOUCAULT 2021), reiterando rappresentazioni e modelli reazionari. Di conseguenza è proprio l’autorità biomedica ad aver trasformato la mera differenza in una minaccia per l’ordine precostituito (STRYKER 2008; PIZZA 2021). La patologizzazione della condizione transessuale iscrive quindi le identità devianti nella patologia che assume un valore morale, radicalizzando il patologico come abietto. D’altra parte, paradossalmente, la patologizzazione diventa l’unico modo attraverso cui l’identità deviante diventa paziente, rendendo così possibile sperare in una cura, come scrive Beneduce:

Il successo sociale di una diagnosi è in definitiva il prodotto di un insieme di forze spesso contraddittorie e autonome, che vanno dalla valorizzazione sociale che eventualmente guadagnano coloro che la riceveranno ai vantaggi reciproci (del malato e della società) eventualmente originati dalla riconfigurazione di un problema sociale in termini medico-psichiatrici (BENEDEUCE 2013).

Interessante è la rimozione della categoria “omosessualità” a partire dalla sesta ristampa del DSM-II (1973) in quanto segna il fallimento del paradigma psicoanalitico, per cui l’omosessualità sarebbe stata un sintomo di regressione e immaturità sessuale. Il focus sulla sintomatologia e sul criterio diagnostico, in questo senso, segna volontariamente la depatologizzazione dell’omosessualità (STRAND 2011) che ha avuto come risultato una mag-

gior inclusione sociale per gli individui omosessuali (VALERIO, FAZZARI 2016). In anni recenti sono emersi tentativi di depatologizzazione delle identità transgender e transessuali, che si appellano proprio a questo processo e a questo risultato, andando per altro a scatenare il dibattito contro chi, invece, sostiene che il mantenimento di questa categoria diagnostica sia l'unico modo per garantire le cure. A prescindere dalle rivendicazioni sociali e politiche da cui emergono le due fazioni, il dibattito è interessante in quanto mostra che esiste un lato sociale e politico della diagnosi che può portare «dalla valorizzazione sociale che eventualmente guadagnano coloro che la riceveranno ai vantaggi reciproci (del malato e della società) eventualmente originati dalla riconfigurazione di un problema sociale in termini medico-psichiatrici» (BENEDUCE 2013: 209).

Nella terza edizione del DSM (1980) appare la categoria dei disordini psicosessuali, che comprende i disturbi dell'identità di genere. Rispetto alla prima categoria è interessante notare l'attenzione con cui il DSM si concentra sul cosiddetto fenomeno del *passing*⁵:

With cross-dressing, hormonal treatment, and electrolysis, a few males with the disorder will appear relatively indistinguishable from members of the other sex. However, the anatomic sex of most males and females with the disorder is quite apparent to the alert observer» (APA 1980: 262).

Questo focus mostra, come scrive Mauriello, che cambiare sesso e, aggiungere, le strategie di *passing* che accompagnano il possibile iter terapeutico, significano «essenzializzare il corpo e 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» (MAURIELLO 2013: 289).

A partire dagli anni Novanta si afferma un fervente clima di rivendicazione sociale e di attivismo, contestualmente all'emergere, nel mondo accademico, dei primi studi di teoria *queer*, transgender e femminista. La quarta edizione del DSM (1994) non viene permeata da questo clima. Malgrado il disturbo di identità di genere (DIG) venga istituito come categoria a sé stante, la patologia non si discosta dagli assunti delle precedenti edizioni e presenta diversi punti di problematicità. Come scrive Lev, contestualizzandosi per altro nel dibattito sulla de-patologizzazione citato in precedenza:

the diagnostic criteria for GID conflates those who suffer from gender dysphoria with those who desire sex reassignment, and therefore does not allow for the existence of healthy, functional transsexuals and transgender people who are able to seek medical and surgical treatments for their own actualization without being labeled mentally ill (LEV 2005: 42).

Questo comporta di conseguenza l'esclusione dall'itinerario terapeutico di tutte quelle identità trans che non si inscrivono nei criteri diagnostici del DIG, nonché una reificazione di una rappresentazione di genere binaria che non ammette altre realtà oltre l'uomo e la donna: attraverso gli interventi di riassegnazione di genere, le persone che deviano dalla norma possono reinserirvisi se socializzate come tali.

La quinta edizione del DSM (2015) sostituisce il DIG con la disforia di genere e propone una soluzione alla criticità rilevata da Lev, infatti: «Disforia di genere si riferisce alla sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato» (APA 2013: 528). In ogni caso l'APA prende una posizione piuttosto moderata rispetto alle teorie costruzioniste, che tutt'ora hanno una forte eco nel campo degli studi di genere, sostenendo infatti che «i fattori biologici sono considerati un contributo, in interazione con fattori sociali e psicologici, alla formazione del genere» (*ivi*: 527).

Bisogna notare che i termini "sesso" e "genere" rimandano a due significati distinti: il primo inerisce al fenotipo dell'individuo, mentre il secondo è culturalmente determinato (STRYKER 2008). Il termine "genere", in particolare, si riferisce al panorama teorico degli studi di genere e femministi che, dagli anni Ottanta e Novanta, hanno occupato una posizione sempre più eminente negli studi sociali. Inizialmente «the word noted a rejection of the biological determinism implicit in the use of such terms as "sex" or "sexual difference". "Gender" also stressed the relational aspect of normative definitions of femininity» (SCOTT 1986: 1054).

Le più attuali teorie sottolineano la produzione sociale e il carattere performativo del genere, definito «a fantasy instituted and inscribed on the surface of body» (BUTLER 2007: 186). Usare il termine "sesso", invece, ad un primo sguardo, non sembra implicare il riferimento ad alcun paradigma teorico preciso proprio perché si tratta di una parola il cui referente – il fenotipo biologico del maschio e della femmina – viene proposto come norma e, come tale, naturalizzato, concettualizzato e rappresentato attraverso un approccio binario che presuppone un *aut-aut*: maschio o femmina, uomo o donna. Tuttavia «If the immutable character of sex is contested, perhaps this construct called "sex" is as culturally constructed as gender; indeed, perhaps it was always already gender, with the consequence that the distinction between sex and gender turns out to be no distinction at all» (*ivi*: 9). Dal punto di vista sociale, infatti, «biological theories of sexuality, juridical conceptions of the individual, forms of administrative control

in modern nations, led little by little to rejecting the idea of a mixture of the two sexes in a single body» (FOUCAULT 2010: viii); mentre dal punto di vista epistemologico e cognitivo questa rigida distinzione dei sessi, nelle società euroamericane, viene naturalizzata in un approccio dicotomico del pensiero che «gira e rigira questi indefinibili residui [biologici] realizzando una tra le varie combinazioni logiche che a partire da essi è possibile fare» (HÉRITIER 2000: 20).

L'iter terapeutico

Dal momento che il binarismo è così naturalizzato, identificarsi come transgender o transessuale significa sempre stabilire ciò che si è *via negationis* di ciò che, nel panorama simbolico del sociale, si dovrebbe essere. Si vive un'esistenza al negativo, tutta giocata nello scarto tra la manifestazione di genere che si ha e un'identità che vi si sottrae continuamente. La cesura che nasce da questo contrasto è radicata in uno specifico apparire del corpo, ha una base distintamente materiale, fatta di muscoli, peli e genitali. La condizione di esistenza dell'individuo trans permea ogni aspetto della vita del soggetto, «soggiace ai suoi comportamenti perché ne è principio insidioso e attivo»⁶ (FOUCAULT 2021: 42). Dal punto di vista esterno, infatti, l'individuo trans è riconosciuto come appartenente al genere in cui si identifica solo se il suo habitus è saturo di tutto ciò che, nella rappresentazione sociale, si iscrive in quel dato genere (MAURIELLO 2013; FOUCAULT 2021), altrimenti la sua morfologia è ambigua e, in quanto tale, non riconosciuta. Dal punto di vista interno, il soggetto che guarda il suo stesso corpo riproduce lo sguardo sociale che naturalizza la dicotomia di genere e, siccome anche a livello più intimo manca il riconoscimento, l'individuo vive in un costante senso di non appartenenza.

Un caso interessante è quello di Elisa, in quanto permette di indagare come il radicale senso di angoscia di una donna trans sia fondato nella specificità di un corpo maschile, pienamente in salute. Interrogata sul proprio modo di vivere la disforia, Elisa ci ha raccontato della sua adolescenza:

Come la vivo?... male, un tempo male [...] per me è sempre stata una sensazione profondamente invalidante, diciamo, dal punto di vista mentale e fisico e... diciamo, il pensiero di alcuni cambiamenti fisici per me era molto frustrante anche perché io, per esempio, a scuola ho fatto la primina e a scuola avevo in classe gente più grande di me e quindi già erano più grandi di me e in più avevo questa specie di anteprema, in più per esempio, offset di un anno che in un certo senso mi dava la sensazione di "questo è quello che succederà dopo" e per me è stato particolarmente pesante perché per

esempio mi... mi facevo abbastanza problemi a mangiare perché magari l'idea di mettere su peso poteva contribuire a aumentare la massa muscolare in un certo modo e allora c'erano dei periodi in cui proprio, se potevo, saltavo i pasti così a caso.

Questa narrazione suggerisce che il malessere di Elisa fosse radicato proprio nella normalità del corpo che cresce in modo sano e funzionale, in altre parole, lo sviluppo di un corpo in salute è stata la *conditio sine qua non* della malattia. Un corpo che, per lo standard biomedico, è sano e conforme alla norma ma che, proprio in quanto tale, si identifica come malato provoca un cortocircuito sociale e mette in crisi tutti quegli assunti per cui la malattia sarebbe una condizione oggettiva, un dato reale. L'esperienza di Elisa strappa questa patina di presunto realismo e mostra come anche la costruzione della salute sia sempre ideologica, socialmente costruita e determinata *a priori*: si tratta di una condizione fisiologica che viene erta a norma e a ideale (PIZZA 2021).

A partire da questo tipo di disagio si configura la presa di consapevolezza di non identificarsi con il genere assegnato alla nascita. Ma non sempre la realizzazione di essere trans corrisponde all'inizio delle mobilitazioni in ambito biomedico, le quali sono funzionali per intraprendere l'iter giuridico per il cambiamento di nome anagrafico e per le terapie di riassegnazione chirurgica del genere. Quando le abbiamo chiesto quando avesse realizzato di essere trans, Yara ci ha fornito una risposta quanto mai precisa:

Allora, data di inizio: 10 ottobre 2019, quando "craccai l'uovo malissimo"⁷. Senza anda' nel dettaglio, insomma, quel giorno capii che ero trans e quindi mi iniziai di più a informare su questo mondo, come funzionava. Iniziai soprattutto a prendermi cura di me soprattutto, e piano pian... e... cercai, insomma, principalmente un modo di iniziare tutto il processo.

Altri, soprattutto i più giovani, seppur inizino a mobilitarsi, soprattutto online, in tempi relativamente brevi, non intraprendono subito il percorso con uno psichiatra o uno psicoterapeuta. La ragione è, spesso, l'obbligo di rivelare questo aspetto della propria identità alla famiglia, in altre parole fare il cosiddetto *coming out*, opzione che non sempre i soggetti vogliono o possono attuare. L'esperienza di Elisa esemplifica bene questo concetto:

Allora io ho, diciamo, iniziato a prendere confidenza... nel senso di realizzare che ero trans intorno ai, diciamo, quindici, sedici anni. [...] tirai fuori la cosa con la famiglia quando ne ho compiuti diciassette, poi per vari motivi appunto familiari diciamo che non se n'è fatto niente [...] più o meno fino ai vent'anni; nel senso che dai diciassette ai vent'anni ho vissuto un periodo dove, appunto a livello personale, quantomeno con i miei amici

[...] vivevo al femminile però con le altre persone no, specialmente con la famiglia era impossibile.

La problematica maggiore per un soggetto minorenni, è, infatti, sostenere i costi relativi alle sedute di psicoterapia: da qui deriva il confronto e il *coming out* con la famiglia. In ogni caso, quando si inizia a mobilitarsi, nella maggior parte dei casi, è prassi comune la ricerca di comunità trans online e presenti sul territorio, come le associazioni LGBTQ studentesche legate alle università o ai contesti cittadini, che spesso rappresentano un'opportunità per interagire con altri individui parte della comunità LGBTQ. In questi contesti, il soggetto, dapprima disorientato, viene in contatto con una rete di individui simili. Il supporto offerto è molto concreto: ci si scambia consigli estetici (per esempio su come modulare la voce per farla sembrare più maschile o femminile), informazioni sulle terapie ormonali o su quali *step* burocratici sono necessari per cambiare il nome anagrafico.

Particolarmente rilevanti, nel nord Italia, sono lo sportello trans di ALA Onlus a Milano e il Cidigem (Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere) di Torino, che hanno finalità più strettamente terapeutiche e meno sociali.

Così l'individuo viene indirizzato in modo più o meno formale e in modo più o meno attivo verso la figura dello psicoterapeuta o dello psichiatra per ottenere la diagnosi di disforia di genere. Non inganni l'apparente ingenuità o la presunta semplicità di questo passaggio: la casistica da noi analizzata, infatti, vede spesso la soggettività degli specialisti interpersi ai voleri dei soggetti attraverso un'opposizione attiva. Ilaria ha espresso così la propria frustrazione in merito:

“Sono trans, cazzo, c'ho tutta la storia della mia vita a provarlo abbastanza se vuoi...” e lei [una psichiatra] mi diceva: “Sì, sì raccontami questa cosa che non c'entra niente, raccontami questo, raccontami quello...” e quando io le dico: “Senta, mi potrebbe fare la relazione per favore? Perché io so abbastanza di essere trans”, lei mi dice tipo che voleva fare altre sedute, che non poteva esser sicura, che vai a sapere, se mi dava dei test e poi questi test non davano quello che volevo io... e quindi non era sicura che fosse la cosa giusta per me... mi disse un sacco di cose orripilanti.

Per questo non è raro cambiare più di un terapeuta, con tutta la frustrazione e il peso economico che questo comporta: quando il paziente percepisce che lo psicologo non è intenzionato a fornire la diagnosi in tempi brevi, si vede spesso costretto a cercarne altri, dovendo sottoporsi quindi continuamente a nuove anamnesi e rivivendo così il dolore di descrivere nuovamente le proprie angosce. Queste visite, a meno che non sia stata

fatta richiesta dal medico di base per l'assegnazione di uno psicoterapeuta pubblico⁸, rappresentano costi continui⁹ che il paziente deve sostenere per far riconoscere una sofferenza già sentita individualmente. Ilaria, con tono amaramente divertito, ci ha descritto parte dei costi così: «...allora comincio ad andare da questa psicologa... psicoterapeuta, a Sassari... si prende anche una certa quantità di soldi, tipo, cazzo, credo 400-500€ mi sono partiti in... sei mesi».

La ricerca di uno psicoterapeuta o di uno psichiatra disposto ad emettere la diagnosi prolunga quindi inevitabilmente l'ottenimento della stessa anche di diversi anni. Carmine, per esempio, ha cambiato cinque specialisti e ancora non ha ottenuto una diagnosi, Ilaria l'ha ottenuta dopo quattro cambi. Non è raro che in questi casi ci si informi, anche attraverso le associazioni di salute transgender presenti sul territorio o attraverso attivisti o gruppi di supporto online su specialisti che emettano le diagnosi dopo poche sedute.

Si sviluppa, inoltre, una lunga serie di strategie comuni per ottenere la diagnosi il più velocemente possibile. Come ci ha spiegato Ilaria:

Mi viene fatto il nome di una psichiatra [...] che non ti tiene per mesi e mesi, che non vuole sapere ogni cosa di te, vuole semplicemente: "Okay, fai questi test, parlami un po' di te e poi decido se darti la diagnosi o meno" e sembrava anche abbastanza disposta a fare queste diagnosi, nel senso che generalmente... nell'arco di una seduta, se una persona riusciva anche a, diciamo, recitare un po'... Questa psichiatra poteva [dare] abbastanza normalmente la diagnosi [...] e quindi... vado da questa psichiatra [...] e mi diagnostica la disforia di genere.

"Recitare un po'", infatti, rientra a tutti gli effetti nelle cosiddette *transsexual narratives*, «ossia dei racconti più o meno sempre uguali la cui efficacia è comprovata» (MAURIELLO 2013: 293) e che servono per ottenere la diagnosi nel modo più veloce possibile.

Tutti i soggetti intervistati hanno fatto grande uso di espressioni come "sono così da sempre" o "provo disforia da che ho memoria". Queste asserzioni, spesso accompagnate da un velo di malinconia, non solo mostrano che questo senso di non appartenenza al genere assegnato alla nascita costituisce una condizione duratura nel tempo, ma rappresentano anche strategie di legittimazione a base innatista, che articolano il racconto della presa di consapevolezza della propria identità sempre ponendo grande enfasi sul dolore come condizione innata e incontrollabile. Bisogna considerare che le soggettività trans devono continuamente negoziare la loro identità, non solo nel rapporto con le istituzioni e con il fine di ottenere la

diagnosi, ma anche nel quotidiano, con i propri affetti e con gli estranei, che non sempre accettano la loro condizione, ne sono consapevoli o sanno come affrontarla.

Il bisogno di ottenere la diagnosi il più velocemente possibile «accade proprio perché l'enigmaticità dell'esperienza iniziale del soggetto trans viene risignificata attraverso le categorie della biomedicina» (*ibidem*). Questo assunto trova conferma nelle parole di Yara:

Quando capisci che il tuo problema era la disforia ti si incastra tutto perfettamente come un puzzle, almeno nel caso mio così è successo. [...] Per esempio in passato ho avuto tanti, diciamo, effetti della disforia senza capire che era quello, quindi per esempio, non so, evitavo situazioni sociali, non volevo magari anche cose più stupide, tipo, magari, non volevo che le persone mi scattassero foto. Ma [balbetta] era tutto un discorso tutto inconscio, okay? Cioè, te non capivi che inconsciamente quello che ti dava fastidio era il tuo corpo e magari neanche capivi che... come posso dire, che... potevi cambiarlo in qualcos'altro, ecco.

La diagnosi, infatti, rappresenta un punto di svolta in quanto legittima la sofferenza in una categoria che permette al soggetto di posizionarsi nel contesto sociale. In un approccio burocratico alla transizione, è solo attraverso la diagnosi che si può accedere alle cure. In questo senso, oltre ad essere il passaggio necessario di un percorso terapeutico e giuridico, la diagnosi rappresenta spesso un grande cambiamento nella vita del soggetto: sebbene non curi i sintomi e il malessere della disforia, l'approccio alla propria condizione si fa radicalmente più positivo e nelle narrazioni di quello che ora è paziente, dove prima c'era solo rassegnazione, si fa spazio la speranza di vedersi riconoscere socialmente, finalmente legittima e tangibile, non solo la propria sofferenza, ma perfino la propria identità.

Di conseguenza, quando la diagnosi non viene emessa, viene a mancare anche il riconoscimento sociale della propria condizione e della propria identità. Le frustrazioni nel confronto con la figura dello psicoterapeuta o dello psichiatra e il dolore di vedersi negato ciò che potrebbe alleviare la sofferenza, portano i soggetti trans che non riescono ad ottenere la diagnosi a sviluppare dei discorsi e delle strategie di autolegittimazione. Un esempio è rappresentato dal racconto delle sedute tra Carmine e la dottoressa I., la psicologa che lo ha avuto in cura per due anni, dalla quale il ragazzo si aspettava di ricevere la diagnosi di disforia di genere. Carmine, durante la giovinezza, attraversa un lungo processo interiore di definizione della sua identità di genere, che spiega così:

Allora, io ho realizzato di essere trans cinque anni fa [...] ho iniziato a passare più tempo in ambienti *queer* e ho scoperto l'esistenza di persone trans... e ho realizzato di sentirmi anche io così, però ovviamente non è stata una cosa così immediata... [...] io praticamente i *label* della comunità LGBT li ho passati tutti: mi sono identificato per un periodo come *non binary* e come *genderqueer*, come *demiboy*¹⁰ e ora mi definisco un ragazzo trans abbastanza binario, ma le cose sono complesse. [...] Tutti questi termini sono termini che usavo perché... sapevo di non identificarmi con il genere femminile che mi è stato assegnato alla nascita però ovviamente... l'idea di mascolinità... l'idea di genere maschile a cui la società... a cui di solito veniamo esposti e che quindi generalmente internalizziamo, è una definizione di mascolinità molto rigida, e in passato pensavo che questa cosa fosse dovuta al fatto che non mi rivedevo del tutto nel genere maschile: [...] la mia visione delle cose è cambiata e ora non è che non mi rivedo nel genere maschile, ma nella versione del genere maschile che ci viene insegnata [...] la mascolinità standard e normativa è molto legata all'eterosessualità e non essendo io etero... è una mascolinità molto alienante.

Dalle parole di Carmine emerge una graduale realizzazione della propria mascolinità, realizzazione che è stata possibile solo attraverso la decostruzione del maschile normativo e di quella che ha definito una "mascolinità alienante". Durante i due anni di terapia con la dottoressa I., il principale conflitto emerso tra medico e paziente è stato relativo all'immagine del sé. Parte integrante del processo diagnostico, per la dottoressa, era indagare come il suo paziente si vedesse a transizione conclusa, quale fosse, per usare le parole di Higgins, il suo Sé ideale, ovvero «quella parte di noi stessi che rappresenta le aspirazioni più profonde, quello che vorremmo essere e diventare» (INGHILLERI 2021: 48). Carmine, da parte sua, si era avvicinato a questa immagine ideale con estrema cautela, non solo perché temeva effetti imprevisti del testosterone¹¹ ma anche perché l'idea sociale di cosa può essere un uomo non avrebbe potuto realizzarsi per lui, in particolare a causa dell'altezza.

Carmine si è dilungato su questo scarto abissale tra l'aspettativa realistica del futuro e l'idea di uomo, un'immagine volatile e allo stesso tempo pervasiva, uno standard irrealistico senza referenti reali e che eppure condiziona tutta la sua esistenza, intrappolandola in una continua tensione verso una meta che non può essere raggiunta. La soluzione, che deve necessariamente trovarsi all'esterno di questo paradigma, viene identificata da Carmine come il "ragazzo *queer*": il ragazzo con voce e fisico tipicamente femminili ma che "sono cose", ci ha detto, «che voglio che continuino a rientrare nella mia idea di come può essere, dal punto di vista estetico, essere un maschio». In questo riconoscersi e realizzarsi come corpo fisico attraverso

connotati ostensivamente e biologicamente femminili, Carmine si sofferma in una riflessione sulle linee: «in quanto artista so che la differenza tra un volto mascolino e un volto femminile sono a volte estremamente sottili: puoi cambiare due linee quando disegni una faccia perchè prima sembri una faccia femminile e poi sembri una faccia maschile. Spesso sono cose sottili e difficili da definire».

Esiste quindi un margine di eccedenza al binario, che emerge proprio da questo scarto tra le linee del maschile e le linee del femminile. Eccedenza che rappresenta anche il margine di esistenza in cui Carmine può vivere una forma di mascolinità diversa.

Allo stesso tempo, dalla descrizione del rapporto terapeutico tra Carmine e la dottoressa I., si può notare come l'insistenza della psicologa, per come è stata percepita dal paziente, da una parte abbia spinto il ragazzo verso l'indagine della soglia di mascolinità ammissibile e dall'altra abbia proposto il focus sul *passing* mostrando come l'istituzione biomedica non faccia altro che confermare e rinsaldare l'asse binario del genere. È interessante indagare come il rapporto del medico con il paziente iscriva nel corpo del soggetto immagini precise di mascolinità rispetto a cui, in questo caso, il soggetto di questa ricerca si mostra critico: il conflitto tra Carmine e la sua psicologa si origina proprio dal margine di mancata iscrizione nella norma di uomo transessuale proposta – in questo senso si mostra l'*agency* del paziente nel suo rifiuto di *compliance* – ma allo stesso tempo la pervasività ideologica ha successo nell'emergenza del moto inconsapevole verso il binario che, in ultima analisi, si iscrive nell'identità di genere di Carmine. Questo mostra che spesso il confine tra legittimazione e delegittimazione di un modello non è facilmente identificabile: i rifiuti si iscrivono in un assenso e viceversa, ma ricorrere ad un *aut-aut* reitererebbe la struttura dicotomica che, secondo Giovanni Pizza (2021), accompagna la biomedicina e la scienza dal razionalismo moderno in poi.

Quello che con certezza emerge, tuttavia, è la percezione di Carmine dell'insistenza della sua psicologa nell'inscriverlo in una specifica rappresentazione, un'immagine che non corrisponde e non può corrispondere alla reale aspettativa del sé futuro, e che reitera uno specifico modello sociale, altamente governabile. L'assunto che «oltre a esercitare il controllo sui corpi nei periodi di crisi, le società replicano e socializzano sistematicamente il tipo di corpi di cui necessitano» (LOCK, SCHEPER-HUGES in QUARANTA 2006: 178), porta a riflettere sul rapporto tra l'identità indocile e il tentativo di addomesticarla che istituisce la norma e la devianza.

Con “norma” si intende lo specchio dei valori che la società incarna e che si inscrivono in uno specifico modello di corpo normato, riconosciuto e addomesticato in conformità con i bisogni dell’ordine sociale e politico. Al contrario, la devianza è lo specchio rotto che costringe la società a confrontarsi con un’immagine distorta, mostruosa e non addomesticabile di se stessa che ne sovverte e deforma i valori e le affezioni. Nello specifico, l’individuo trans incarna un’ambiguità di fondo che, sotto certi aspetti ma non totalmente, nega una visione del genere fissa, statica, profondamente radicata nell’individuo e soprattutto binaria. Questa visione del genere viene naturalizzata dalle istituzioni, in particolare dagli esponenti della psicoterapia che, insieme ai medici di base e agli endocrinologi, sono le figure che maggiormente si rapportano al paziente trans. Come notava già Franco Basaglia nel saggio *Le istituzioni della violenza*:

Il nuovo psichiatra sociale, lo psicoterapeuta, l’assistente sociale, lo psicologo di fabbrica, il sociologo industriale [...] non sono che i nuovi amministratori della violenza del potere, nella misura in cui – ammorbidendo gli attriti, sciogliendo le resistenze, risolvendo conflitti provocati dalle istituzioni – non fanno che consentire con la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta il perpetuarsi della violenza globale. Il loro compito – che viene definito *terapeutico-orientativo* – è quello di adattare gli individui ad accettare la loro condizione di “oggetti di violenza”, dando per scontato che l’essere oggetto di violenza sia l’unica realtà loro concessa, al di là delle diverse modalità di adattamento che potranno adottare (BASAGLIA 1968: 145).

Oltre a essere la fonte del riconoscimento sociale, la diagnosi garantisce l’accesso ai farmaci. La terapia cambia a seconda che il soggetto sia MtF o FtM, le prime ricevono una terapia a base di estradiolo e anti-androgeno, mentre per gli ultimi è a base di testosterone. Abbiamo ritenuto opportuno scendere nel dettaglio e descrivere i rapporti tra medici e pazienti, in quanto vengono messe in evidenza una serie di falle nel sistema biomedico che non permettono un equo accesso alle cure. Descriviamo dunque il modo in cui si è svolto l’inizio della terapia ormonale per Yara e Matteo. Se quest’ultimo si ritiene al momento soddisfatto del trattamento, la prima, dopo essersi vista somministrare dosaggi sbagliati, ha iniziato a praticare l’autocura.

Dopo aver ottenuto la diagnosi, il soggetto può recarsi presso il proprio medico di base per farsi prescrivere gli esami di controllo necessari e per farsi fare l’impegnativa per una visita endocrinologica. Il medico di base, dato il modello territoriale presente in Italia, rappresenta l’anello di dialogo tra il paziente e l’istituzione. È una figura fondamentale in quanto organizza-

tore e mediatore della vita biomedica di ogni paziente che ha in cura, ma è spesso anche una figura oberata dal lavoro. I racconti dipingono i medici di base come disattenti e impreparati: spesso si rivolgono al paziente con i pronomi relativi al sesso biologico e non al genere scelto (dimostrando quindi di non riconoscere o comprendere a pieno la condizione del soggetto trans) e non sono al corrente degli esami necessari per la visita endocrinologica, la quale rappresenta il passaggio successivo prima di iniziare la terapia. Il medico esercita molto controllo sull'iter terapeutico e ogni sua resistenza ha effetti immediati sul percorso di transizione dei propri pazienti. La prescrizione erronea o la non prescrizione rientrano nella casistica delle resistenze poste dalla categoria. Come ci ha detto Matteo durante il nostro primo incontro, infatti:

Il medico di base, quando mi aveva fatto fare le impegnative per gli esami per il testosterone – che tra l'altro l'endocrinologa mi aveva dato a novembre... cioè mi aveva stilato una lista con una serie di esami – lui aveva sbagliato a segnare le analisi del sangue, cioè non mi aveva segnato un valore di un ormone che è tipo il “17 progesterone”¹², una cosa del genere, e... e quindi ho dovuto saltare l'ipotetica visita che avrei avuto alla fine di febbraio o all'inizio marzo, perché appunto dovevo rifare le analisi e adesso il prossimo appuntamento ce l'ho il 17 di marzo.

Inoltre non sono rari i cambi di medici di base o addirittura il salto di questo passaggio passando alla sanità privata: infatti per la visita endocrinologica è necessaria solo l'esecuzione di alcuni esami che possono essere fatti anche privatamente, con costi ovviamente maggiori. Purtroppo la scelta della sanità privata risulta allettante per i tempi più rapidi di esecuzione degli esami: questo comporta costi maggiorati e pone un evidente scoglio economico per le soggettività che decidono, per qualsiasi ragione, di accorciare i tempi o evitare il proprio medico di base.

Come è già stato accennato nelle note metodologiche, per ampliare la nostra ricerca e avere una visione più ampia del fenomeno abbiamo tentato di contattare alcuni medici di base per delineare meglio la prassi terapeutica. Il contatto è avvenuto per via telefonica a partire dalle liste dei medici di medicina generale di due grandi città del nord Italia: nessuno dei medici contattati si è dimostrato volenteroso di discutere l'argomento perché non ne aveva esperienza diretta oppure perché, così hanno sostenuto, erano troppo impegnati.

Per quanto questa assenza di interazioni possa essere aneddotica e circostanziale, rappresenta parte integrante del problema: il sistema territoriale dell'assistenza sanitaria italiana e i percorsi di formazione per i medici di

medicina generale non facilitano in alcun modo l'interazione con i soggetti trans; le schede cliniche riportano i dati della tessera sanitaria, quindi i dati che riportano il *dead name*¹³ e il sesso biologico, invece che il nome scelto e il genere di socializzazione; la preparazione dei medici non è mai specifica e il loro ruolo è spesso quello di burocrati e esecutori. Proprio in questo contesto si pongono le resistenze che i soggetti della nostra ricerca biasimano.

Ammessi che il paziente riesca ad effettuare gli esami, l'endocrinologo ne prende visione e solo dopo l'analisi dei risultati di questi ultimi sottopone il paziente alla terapia. Anche in questo caso, l'opzione della sanità privata accorcerebbe i tempi aumentando i costi, dato che una prenotazione di una visita endocrinologica è spesso a mesi di distanza. Questa inefficienza strutturale del sistema pubblico porta anche all'invalidazione di molti di questi esami, che hanno una validità circoscritta nel tempo.

L'inizio della terapia ormonale è un altro passaggio fondamentale nella vita degli individui trans. I farmaci sono ciò che permette di ri-fare il proprio corpo, modellandolo per renderlo più conforme alla propria identità (REMOTTI 2019) e garantendo così l'appartenenza al genere con cui ci si identifica. Abbiamo incontrato Matteo per un'intervista di *follow-up* il giorno dopo che aveva iniziato la terapia ormonale. Riportiamo quanto ci ha raccontato in merito all'importanza del momento che aveva da poco vissuto:

Ogni volta che raggiungo uno *step* nuovo è sempre un primo posto. Tornando indietro [...] pensando a due anni fa quando è iniziato tutto, per me al primo posto ci stava quel giorno [...] cioè, c'è stato un altro primo posto che è stato luglio dell'anno scorso, quando ho fatto la prima visita al Cidigem¹⁴. E allo stesso modo, era un... era un primo posto la prima visita con l'endocrinologa che ho fatto, a Novembre sempre dell'anno scorso. Quindi non lo... non lo so, cioè ora come ora [l'inizio della terapia ormonale] è al primo posto. Cioè quando l'ho scritto a mia zia, cioè che lei è una che... cioè secondo lei muoio [...] se prendo il testosterone e l'ho scritto su... appunto su questo gruppo in cui c'è anche lei e m'ha scritto "Ma io mi preoccupi per la salute" e io "Sì ma mi controllano, non è che..." eccetera. E poi mi ha scritto – domanda che mio padre mi ha detto: "Ma è scema questa?" – però ci sta anche come domanda, mi ha scritto: "Sei contento?", e io le ho scritto: "È uno dei giorni più importanti della mia vita". Che – cioè, è vero, infatti per quello ci sono rimasto male quando non l'hanno presa così bene anche gli altri perché per me era [...] sicuramente il giorno più bello di quest'anno per adesso, però anche [...] uno dei giorni più importanti della mia vita. Ci sono stati pochi altri giorni così.

La gioia che illuminava gli occhi di Matteo lascia intendere che l'inizio della terapia rappresenta un altro *step* verso il riconoscimento sociale. Se la

diagnosi garantiva che la sofferenza del soggetto venisse legittimata sul piano biomedico, l'inizio della terapia segna l'avvio di una serie di cambiamenti fisici che possono alleviare i sintomi della disforia di genere, producendo un senso di adeguatezza e di conformità che riattualizza la speranza. D'altra parte, l'assunzione della terapia ormonale rappresenta anche la costante consapevolezza della reversibilità dei cambiamenti che attua. La disforia di genere, infatti, non si risolve mai con una cura netta e precisa. Come ha affermato Matteo nell'intervista precedente a quella sopra riportata:

[la terapia ormonale] È una parte della mia vita che non posso togliere, l'iniezione la devo fare, che sia una volta al mese che sia una volta ogni tre, se smetto di prenderlo [il testosterone] poi smettono anche una serie di cambiamenti... anche se dopo, mi sembra, quasi un anno, alcune caratteristiche che acquisisci rimangono. Se voglio che la barba mi rimanga, devo comunque prenderlo tutta la vita.

Il fatto che ogni passaggio dell'iter terapeutico venga percepito come una conquista reversibile, che bisogna mantenere nel tempo, riattualizza costantemente non solo i sintomi della disforia di genere, ma anche le ansie e le insicurezze dettate dal mancato riconoscimento sociale. In questo senso, anche se la sfera semantica a cui i nostri intervistati hanno spesso fatto riferimento è quella del percorso, la transizione non si articola mai in modo lineare e progressivo nel tempo. Proprio in quanto l'assunzione delle terapie coincide con un cambiamento fisico e, di conseguenza, un maggior riconoscimento sociale, la terapia stessa trattiene in sé una duplicità: se da un lato allevia i sintomi della disforia di genere, dall'altro è il costante monito che non si è come si vorrebbe e dovrebbe essere. Per usare le parole di Yara:

Sicuramente, un sentimento che hanno molte persone trans è "vorrei vivere una vita normale senza pensare a tutto questo discorso medico", no? Nel caso mio, vorrei avere l'aspetto di una ragazza senza avere tutti questi casini di farmi la terapia ormonale, no? Però poi la devi fare, nel lato pratico, quella è la situazione. Ti trovi in questo, non dico limbo, ma in questa situazione in cui o la fai, o la fai, se no ritorni come prima.

La duplicità che la terapia ormonale trattiene in sé rimanda ad una realtà complessa, in cui la conquista è sempre, in un certo senso, anche una perdita, e ogni sofferenza è sempre in procinto di essere accarezzata da una nuova speranza. Il soggetto trans si muove in questo percorso non lineare, fatto di gioie incontenibili e sofferenze, frustrazioni e felici adesioni, che si intrecciano in una trama fitta e inestricabile.

Comunità online e pratiche di autocura

Le frustrazioni create dalle interazioni con il sistema sociosanitario pubblico e le istituzioni corollarie portano a tre casistiche di strategie di facilitazione della transizione: la prima e più comune consiste nel passaggio al sistema privato (con costi notevolmente maggiori), la seconda e più radicale, invece, è il cosiddetto DIY, anagramma di *Do It Yourself*, con cui si indicano le varie metodologie di autocura nei riguardi della transizione ormonale sostitutiva, con le due casistiche che si intersecano nel momento dei controlli periodici.

Se per quanto riguarda il passaggio completo al sistema privato la problematica maggiore è rappresentata dai costi, sicuramente non alla portata di tutti e soprattutto non alla portata di giovani uomini e donne trans ancora a carico dei genitori, il DIY, condotto attraverso guide e gruppi online, rappresenta una scelta più economica. Tuttavia, i siti e i gruppi che abbiamo consultato per questa ricerca propongono spesso metodi illegali per reperire i farmaci: da una rapida consultazione delle risorse utilizzate dalle persone che abbiamo incontrato, i farmaci vengono spediti da diverse nazioni dell'America Latina e del sud-est asiatico, spesso da *compounding pharmacies*, ovvero da farmacie che fanno gli ordini "su misura"¹⁵.

Quanto abbiamo rilevato sulle terapie DIY si ritrova perfettamente in linea con i risultati che Fainzang riporta nell'articolo *The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication* (2013). Come sostiene anche l'antropologa francese, la medicalizzazione è uno dei risultati della costruzione sociale delle patologie come "problemi", e la risposta più comune per le persone è quella di tentare la risoluzione del problema attraverso la riappropriazione delle stesse pratiche biomediche ortodosse (FAINZANG 2013). I contesti e le ragioni per cui la gente si automedica sono drasticamente differenti, bensì, il risultato è il medesimo: l'automedicalizzazione rappresenta un tentativo di riacquisizione di controllo sul proprio corpo e sulla propria transizione. In particolare, nei casi analizzati, abbiamo rilevato come l'approccio all'autocura derivi spesso dal disaccordo con le figure mediche di riferimento, non solo rispetto ai sintomi o al riconoscimento della natura patologica del sintomo stesso (*ibidem*), ma anche rispetto ai farmaci somministrati.

A questo punto della trattazione si rende necessaria una specificazione sulle comunità online la cui presenza, da quanto abbiamo rilevato, è contestuale alle pratiche di autocura. Queste comunità, che sorgono su *social*

network (come Facebook, Discord o Reddit) o applicazioni di messaggistica come Telegram, hanno lo scopo di fornire supporto morale e pratico a tutti gli individui trans che lo ricerchino, configurandosi come comunità biosociali (RABINOW 1992). Se è infatti vero che molti usano queste risorse all'inizio della transizione, per capire come procedere e quali sono i passaggi necessari per intraprendere l'iter terapeutico e burocratico, abbiamo ritenuto di grande interesse analizzare queste comunità nel contesto dell'autocura. Per usare le parole di Yara: «[...] semplicemente esistendo su Internet come ad esempio dei server su Discord, dei gruppi su Telegram, gruppi su Facebook, si riescono a intercettare un po' le persone e in un certo senso aiutarsi ecco».

Oggetto della nostra analisi, infatti, come abbiamo specificato nella metodologia, sono stati i siti internet utilizzati dai membri di un gruppo Telegram dedicato alla transizione DIY. Yara e Elisa, in particolare, hanno iniziato a curare una di queste risorse, che si presenta come un compendio di informazioni sulla transizione.

Nel sito si trovano sezioni dedicate al cambio dei documenti, altre che riportano consigli pratici su come utilizzare il *binder*¹⁶ in modo sicuro, altre ancora riguardano il *voice training*¹⁷. Particolarmente rilevante però è la sezione dedicata alle informazioni generali sul *gender affirming hormonal treatment* per AFAB e AMAB¹⁸.

Si prenda ad esempio la pagina dedicata alle terapie per AFAB: viene innanzitutto spiegato il “funzionamento base” della terapia, ossia abbassare il livello di testosterone presente nel sangue, e alzare quello di estradiolo. Contestualmente, in un menù a tendina espandibile, vengono presentati i farmaci principali che assolvono i compiti citati con prezzi, posologia e dosaggi consigliati. Scorrendo si rileva inoltre una piccola sezione evidenziata in cui si asserisce che non è possibile intraprendere e sostenere una transizione ormonale «sicura e soprattutto efficace» senza esami del sangue; contestualmente si spiega come leggere i valori delle analisi per assicurarsi che siano «sicuri ed efficaci». Questa insistenza su sicurezza ed efficacia mostra, innanzitutto, che, nell'utilizzo del farmaco, questi soggetti si muovono nel contesto della biomedicina, rispettandone i parametri. Allo stesso tempo, però, si rifiuta il ruolo del medico endocrinologo come mediatore di guarigione, che faccia da tramite tra istituzione sanitaria e paziente (PIZZA 2021). Yara ha spiegato così questo rifiuto:

[...] allora una persona potrebbe dire: “Eh sì ma... ma, cioè, come possono fidarsi di te”, no? Le altre persone che magari ti chiedono consigli. [Esita]

La grossa differenza tra, spesso, noi e un endocrinologo è che noi ti possiamo linkare le ricerche scientifiche, l'endocrinologo spesso neanche sa quali sono. Questa diciamo [ride] è stupida ma è una grossa differenza.

In questo senso emerge il rifiuto dell'autorità biomedica, incarnata dal medico (PIZZA 2021), e allo stesso tempo l'adesione agli schemi interpretativi biomedici, che mostrano quanto l'autorità della biomedicina abbia paradossalmente un forte valore quando appare "disincarnata", cioè quando, in altre parole, la letteratura e il sapere medico vengono depersonalizzati e appaiono come una cumolazione di sapere scollegato dalla prassi quotidiana con cui i soggetti si interfacciano. La ragione di questa apparente contraddizione è da radicarsi nel ruolo specifico del medico. Come ha spiegato Elisa:

Diciamo che, beh, chiaramente un medico ha un'impostazione di un certo tipo, improntata più a magari trattare patologie... in modo diverso dal [balbetta] da come può funzionare la terapia ormonale, ecco [...] si crea [esita] una specie di mondo parallelo fra... gli spazi su Internet e [...] quello che si fa effettivamente nella pratica, nelle cliniche, negli ospedali

Infatti, in queste comunità, il rapporto con l'autorità viene ridefinito. Non è più la figura ieratica del medico a farsi mediatore di guarigione, così come non è più l'ospedale asettico il contesto della cura: l'autorità si afferma nel virtuale ed è determinata dall'esperienza diretta.

Elisa ha definito questo concetto con l'espressione "fare da cavia", che sta ad indicare il processo per cui un individuo della comunità sperimenta su di sé gli effetti dei farmaci.

Le persone trans c'hanno questo istinto di "faccio da cavia" e se sanno che quell'antiandrogeno può essere migliore perché dà un effetto di un certo tipo, magari se ne fregano anche del fatto che possa essere più pericoloso per la salute se comunque gli allevia in qualche modo la... un altro problema, ecco...

Il primo scopo, come rileva Elisa, è placare i sintomi della disforia di genere, ma i risultati di questa sperimentazione sono messi a disposizione della comunità, che può usufruirne direttamente:

E molte delle conoscenze che si tramandano, diciamo che, sì... vengono condivise... sono cose che le persone hanno sperimentato autonomamente senza che nessuno [balbetta] gli dicesse: "Guarda questo può funzionare, guarda questo non può funzionare"

Rispetto al rifiuto dell'autorità del medico, esemplare è il caso di Yara, che ha iniziato una terapia DIY in risposta ad una terapia prescritta da un endocrinologo di cui era largamente insoddisfatta per controindica-

zioni che ha diligentemente riportato al suo medico ma che sono cadute inascoltate:

Allora, praticamente l'endocrinologo mi dava dei bloccanti del testosterone, mi dava 25mg di Androcur al giorno e... invece di estrogeni mi dava il Progynova orale, 2mg al giorno. Che [esita], vado pratico, insomma non so se vogliamo entrare nel dettaglio oppure no, ma lato pratico: è sbagliatissimo, ecco¹⁹ [ride].

[...] il Progynova orale spesso ti dà un dosaggio così basso che stai sotto la soglia [...] non credo che sinceramente conosco nessuno che gli dia un dosaggio giusto. [...] Gli endocrinologi trattano le persone trans, uno: come se fossero praticamente uomini che hanno un tumore alla prostata; due: come se fossero praticamente donne in menopausa, e quindi danno la terapia di conseguenza. Quindi ti danno bloccanti per... come se avessi appunto un tumore alla prostata, quindi molto elevati, e una terapia ormonale molto leggera, come se fossi una donna in menopausa [...] Il problema è che non si fa così la terapia ormonale.

E come si fa la terapia ormonale? [...] la cosa importante è che hai il testosterone che si trova nel *range* femminile, perché anche le ragazze hanno il testosterone, ma poco... e se hai gli estrogeni nel *range* femminile, fine. Cioè, principalmente è questo fare la terapia ormonale, non è chissà che di complicato, eppure gli endocrinologi sbagliano. [...] Ma io direi che i problemi sono due principalmente. Numero uno: è il fatto sicuramente che il lato proprio istruttivo non ci sta nulla, cioè vanno all'università, magari fanno corsi generici di endocrinologia quando ormai in realtà la terapia ormonale è diventata qualcosa, in un certo senso, di molto avanzato, quindi non è che puoi andare a studiare endocrinologia generale [...] E quindi si sono ritrovati molta gente trans senza sapere nulla di come gestirla, e quindi gli danno, alla gente trans insomma, la cosa più immediata che gli viene in mente, credo [ride]. Che altro? Secondo che in realtà è il grosso problema: il fatto che è un po' incasinata, diciamo la situazione con i farmaci che si possono trovare, e quindi... di conseguenza, la terapia ormonale è molto incasinata».

Nello specifico, Yara è da circa un anno e mezzo che procede con estrogeni *homebrew*, cioè "fatti in casa" da specifici laboratori artigianali situati in tutto il mondo. La principale fornitrice di estrogeni di Yara era una ragazza di Kiev, che da marzo in poi, contestualmente allo scoppio del conflitto in Ucraina, non è più stata reperibile, spingendo la nostra intervistata a recuperare delle fiale da un altro produttore, questa volta americano. Ricontattata per definire meglio che tipo di terapia stesse seguendo, Yara riporta di star effettuando iniezioni sottocutanee di estradiolo enantato, al costo di 90€ l'anno comprate con le criptovalute. Yara trova più comode le iniezioni piuttosto che il gel e in ogni caso giustifica la sua scelta anche dal punto di

vista economico: una terapia simile, anche passando per il pubblico, costerebbe circa 156€ all'anno.

Elisa ha iniziato la terapia ormonale prima ancora di avere la diagnosi di disforia, durante il *lockdown* nazionale di marzo-maggio 2020²⁰: in un momento in cui qualsiasi tipo di attività laboratoriale e ambulatoriale era chiusa, ha deciso che non poteva più aspettare e dopo essersi informata ha ordinato da un sito internet dei farmaci provenienti dal Portogallo, ma importati dalla Turchia a costi irrisori. Lei stessa ci ha spiegato che, essendo questo tipo di operazione illegale, le persone che si occupano di questo commercio aprono continuamente siti nuovi perché quelli vecchi vengono chiusi periodicamente. Dopo il *lockdown* Elisa si ritiene fortunata di aver trovato un'endocrinologa che le ha semplicemente prescritto i farmaci che già stava prendendo in via autonoma, seguendola soltanto nelle visite di controllo.

Un altro caso interessante è quello di Ilaria, la quale ha cambiato sei specialisti senza mai ottenere la diagnosi di disforia di genere e quindi senza mai avere la possibilità di iniziare le terapie. Le difficoltà di Ilaria, in particolare, sono frutto di incontri con una serie di psicoterapeuti, psichiatri e neurologi che non volevano emettere la diagnosi per motivazioni di carattere ideologico/personale. L'unica soluzione che ha ritenuto possibile è stata quella di ordinare i farmaci online. La terapia DIY è iniziata, in particolare, dopo una visita con una neurologa che, nel tentativo di dissuadere Ilaria le ha esposto una serie di passaggi burocratici errati. Nello specifico questa specialista ha avvisato la paziente che bisognava aspettare un anno prima di farsi emettere la diagnosi e che, prima di andare dall'endocrinologo, era necessario aver rettificato il sesso anagrafico sui documenti. Per di più, la visita con la neurologa si è conclusa con l'invito a riflettere a fondo se fosse il caso di avviare la transizione per non incorrere nel rischio di, per usare le parole riportate da Ilaria: «finire sotto le mani dei mostri per fare il mercato del *sex work*, come succede in Brasile»

Mossa dall'ennesimo cambio di specialista senza aver ancora ottenuto la diagnosi, Ilaria ha deciso di iniziare autonomamente. La terapia era composta da un antiandrogeno, il Bicalutamide, e da dei cerotti di estradiolo, che presto ha reputato inadatti perché non aderivano alla pelle. A questo punto, Ilaria ha deciso di passare all'Estrofem, una pillola. Dopo un mese di somministrazione, ha chiesto al medico di base di prescriverle del gel all'estradiolo, l'unico farmaco che un medico di base può prescrivere senza bisogno di una visita endocrinologica. Per circa quattro mesi ha seguito la

terapia DIY con pillole e gel, fino all'esaurimento delle pillole precedentemente acquistate. Dopo l'ottenimento della diagnosi di disforia, ottenuta attraverso un altro specialista consigliato da un ragazzo trans che aveva conosciuto nel frattempo, si mosse per la visita endocrinologica: dopo aver comunicato la terapia che aveva seguito fino a quel momento, la specialista le cambiò il Bicalutamide con l'Androcur e le prescrisse il Progynova. Adesso, nonostante sia soddisfatta della terapia prescritta, non la segue alla lettera: spaventata dai rischi dell'Androcur, gli stessi rischi di cui parla Yara nel lungo estratto che abbiamo riportato precedentemente, Ilaria sceglie di prendere mezza pastiglia a giorni alterni, quindi 6,25mg al giorno.

Le frustrazioni date dai differenti contesti, in una costante retorica del tempo che si andrebbe perso e che non può essere recuperato, spingono le pazienti alla terapia DIY: la mancanza di *adherence* alla terapia prescritta è ricollocabile alle frustrazioni nei confronti dell'intera istituzione biomedica *rea* di avere delle evidenti falle, che queste siano i lunghi tempi di attesa, le mancanze di specialisti formati sul territorio o la produzione di una macchina burocratica che non sembra essere in grado di supportare questi individui nella loro transizione. Le risorse online che le nostre intervistate ci hanno fornito offrono un'alternativa più semplice, e secondo le loro narrazioni, più sicura rispetto ad una terapia emessa da un endocrinologo formato ma senza nessun tipo di specializzazione e di esperienza personale in merito: questi due fattori, specializzazione e esperienza personale, vengono utilizzati per posizionare le proprie decisioni appropriandosi del linguaggio biomedico. Nei colloqui che abbiamo sostenuto, i soggetti sono sempre stati disponibili ad entrare nel dettaglio delle proprie terapie, dei dosaggi e delle controindicazioni, discutendo anche differenti modi di assunzione di ormoni. In questo senso la terapia DIY rappresenta un impeto di riacquisizione dell'*agency* che le istituzioni tolgono loro quotidianamente. La percezione che intervistati diversi ci hanno riportato è ben riassunta dalle parole di Yara: «La sensazione che hai in Italia è che lo Stato possiede il tuo corpo, tu non puoi fare nulla con il tuo corpo, a dirsi tutta».

Le persone che abbiamo incontrato fanno tutte parte di comunità online italiane e estere che hanno come scopo dichiarato quello di fornire informazioni documentate e valide sulla transizione medica DIY. Elisa ci ha spiegato così l'importanza di queste comunità, che mira ad offrire aiuto concreto e supporto emotivo reciproco.

Sostanzialmente di solito le persone [...] magari cercano un gruppo, entrano e chiedono consigli perché... [...] quello che vedo spesso è che le persone si sentono molto abbandonate, cioè... magari appunto, anche quando

hanno un medico che le segue, magari anche in modo competente, spesso non vengono informate di come funzionino la cosa o di quali sono effettivamente gli effetti che si possono o non si possono avere, cosa si può e cosa non si può ottenere.

In queste comunità circolano infatti articoli scientifici e altre risorse, come aggregatori di rivenditori, in cui vengono discussi i consigli e le pratiche di assunzione dei farmaci affinché si abbiano effetti differenti sul proprio corpo. In diverse occasioni Yara e Elisa si sono definite come “cavie”, che sperimentano sul loro stesso corpo gli effetti di farmaci, di differenti dosaggi e differenti posologie. La ragione di questi “esperimenti” ci è stata fornita da Yara: «Preferisco molto meglio fare tutti questi casini per fare una terapia ormonale fatta bene piuttosto che ritrovarmi nella situazione in cui stavo con la disforia».

Inoltre, sperimentando sul proprio corpo, raccogliendo e diffondendo risorse e attraverso un’analisi puntuale della letteratura scientifica, sono i pazienti stessi che producono sapere e si fanno autorità centrali rispetto alla terapia ormonale.

Bisogna rilevare che le terapie DIY rappresentano, dal punto di vista biomedico, scelte facilmente criticabili dagli specialisti che operano in un *framework* legale e burocratico che mira in più modi a dilungare un processo che già è per sua natura perenne e carico di sofferenza. La mancanza di corsi specifici durante la formazione degli specialisti in endocrinologia e la mole di lavoro dei medici di base, confermata in via aneddotica anche da tutti quei medici che ci hanno negato un’intervista premettendo di essere persone molto impegnate, è parte del problema: l’istituzione biomedica si rivela fallace, inadatta e escludente rispetto alla realtà sociale degli individui trans.

Conclusioni

Queste traiettorie biografico-narrative mettono in luce come l’identità del soggetto trans – già affermatasi contestualmente alla presa di coscienza della stessa – sia dipendente dai processi di legittimazione di cui il sistema biomedico si fa garante: la diagnosi di disforia di genere e le terapie garantiscono il riconoscimento del soggetto sul piano sociale e, di conseguenza, il proseguimento dell’iter terapeutico. In altre parole, sono i medici di base, gli psichiatri, gli psicoterapeuti e gli endocrinologi a legittimare il percorso di transizione attraverso la prassi della biomedicina, la quale rappresenta tanto una fonte di speranza per il soggetto trans, quanto una

perenne fonte di frustrazione. Inoltre, è proprio il sistema biomedico che, nell'incontro-scontro con il soggetto, trova inconsapevolmente occasione per reiterare specifici modelli culturali di femminilità e mascolinità. Come sostiene Slavoj Žižek in *Mapping Ideology* (1994), l'ideologia, che si rivela tanto più efficace quanto agisce inconsapevolmente nel sociale, è «a doctrine, a composite of ideas, beliefs, concepts [...] destined to convince us of its "truth", yet actually serving some unavowed particular power interest» (ŽIŽEK 1994: 14).

Il rapporto che intercorre tra la figura medica e il paziente tenta di adomesticare l'individuo che devia dalla norma, riconducendolo ad una rappresentazione precisa di cosa dovrebbe essere un uomo o una donna: l'identità trans viene resa docile in quanto si configura come un'identità sospesa, in transizione da un genere a un altro, che solo attraversando un percorso di metamorfosi, spesso doloroso, può reinserirsi nella società e garantire la riproduzione sociale di specifici tipi umani (ŽIŽEK 1994; LOCK, SCHEPER-HUGES in QUARANTA 2006; REMOTTI 2019).

È in questo panorama ideologico e politico che si inseriscono le strategie di transizione eterodosse. Con questa parola ci riferiamo al concetto ripreso da *Outline of a Theory of Practice* (1977) di Bourdieu. Se l'ortodossia è il *discourse* normativo che presuppone un'adesione tanto più totale quanto inconsapevole, l'eterodossia è «The critique which brings the undiscussed into discussion, the unformulated into formulation, has as the condition of its possibility objective crisis» (BOURDIEU 1977: 168). Attraverso l'autocura, infatti, tutte le resistenze del sistema biomedico vengono problematizzate e discusse in comunità online che, in parte perché esclusivamente virtuali e in parte data la natura non sempre legale dei loro contenuti, esistono in parallelo all'istituzione biomedica. Paradossalmente, però, i consigli sui farmaci, i racconti delle terapie e lo scambio di articoli scientifici rendono queste comunità profondamente intersecate alla pratica biomedica. Nel contrasto con un'istituzione altamente burocrattizzata e che non può riconoscere il dolore delle persone se non previa emanazione di un documento che attesti la disforia, la sofferenza dei soggetti trans diventa *raison d'être* dell'autocura, che rappresenta un tentativo di riacquisizione di controllo e affermazione della propria *agency*.

Ringraziamenti

Il più sentito ringraziamento va alla professoressa Gloria Frisone. Se abbiamo costruito il bagaglio di conoscenze necessario a scrivere questo articolo, lo dobbiamo alla sua competenza e alle sue capacità di insegnante. Grazie, professoressa, per i preziosi consigli e l'infinita disponibilità.

Note

⁽¹⁾ La selezione di questi soggetti è avvenuta attraverso due distinti canali: Carmine e Matteo sono stati contattati tramite alcune associazioni LGBTQ presenti sul territorio milanese, mentre Elisa, Ilaria e Yara sono state selezionate nel contesto di un gruppo Telegram in cui vengono scambiate informazioni sulla transizione di genere. Tutti i soggetti hanno espresso il loro consenso alla partecipazione e alla registrazione audio delle interviste. Nel caso di Matteo, Ilaria e Yara è stata condotta un'ulteriore intervista di *follow-up*.

⁽²⁾ Per "FtM" si intende un individuo che avvia la terapia per cambiare il proprio corpo fenotipicamente femminile, in maschile. Viceversa, per "MtF" si intende un individuo che avvia la terapia per cambiare il proprio corpo fenotipicamente maschile in femminile. Queste diciture sono state utilizzate per chiarire i passaggi della transizione, ma è rilevante specificare che per molti soggetti trans si tratta di termini problematici in quanto definiscono il sé primariamente dal punto di vista della transizione e non sono efficaci nel socializzare il soggetto nel genere in cui si identifica.

⁽³⁾ La ricerca di Fassin, nello specifico, si occupa di analizzare il rapporto tra la popolazione delle *banlieue* francesi e i corpi speciali di polizia stazionati in quei quartieri. Citiamo questo testo in quanto le difficoltà metodologiche dell'autore sono, per certi aspetti, analoghe alle nostre. Sia la polizia che la biomedicina, inoltre, rappresentano delle autorità morali e coercitive che influenzano non solo la quotidianità ma anche la ricerca scientifica (FOUCAULT 2010; FAINZANG 2002; PIZZA 2021; FASSIN 2019).

⁽⁴⁾ Come rileva P. Janet nella prefazione del 1931 di *Psychopatia sexualis*: «È interessante studiare in questi malati [gli omosessuali] le malformazioni del corpo e degli organi sessuali, di cercare in particolare in un individuo considerato maschio i caratteri dell'altro sesso, una sorta di ermafroditismo corporeo incompleto e anche un ermafroditismo morale. [...] Gli autori insistono sulla [...] simbolizzazione e soprattutto su uno stato di infantilismo dell'istinto sessuale il cui sviluppo si è arrestato allo stadio dell'indifferenziazione» (KRAFFT-EBING 1931: 6).

⁽⁵⁾ Nella comunità trans il termine indica che l'individuo riesce a "farsi passare" per un soggetto del genere con cui si identifica e, per tanto, riesce a venire socializzato come tale in modo più efficace.

⁽⁶⁾ Questo estratto, in *Storia della sessualità* (vol. 1), si riferisce all'omosessuale. La connessione tra l'individuo trans e quello omosessuale si rileva sia nel trattamento riservato a queste due categorie nella storia della psicologia, sia dallo stesso Foucault che

prosegue spiegando come l'omosessualità sia ricondotta alla sessualità quando alla sodomia è stata accostata l'androginia (FOUCAULT 2021).

⁽⁷⁾ “Craccare l'uovo” è un'espressione del linguaggio colloquiale di alcune comunità trans online che traspone in italiano l'inglese “to crack”. Indica il momento in cui le persone realizzano di essere trans.

⁽⁸⁾ Per richiedere il supporto di uno psicologo pubblico non ci sono limiti di reddito: bisogna rivolgersi al medico di base, ricevere l'impegnativa e poi rivolgersi al centro ASL di zona per prendere appuntamento. Bisogna segnalare che i tempi di attesa possono variare da alcune settimane a diversi mesi e che il paziente non ha controllo nella scelta della figura che lo seguirà nel suo percorso.

⁽⁹⁾ I prezzi, come riporta il *Testo unico della tariffa professionale degli psicologi*, variano in Italia da 35,00 € a 115,00 € per una seduta di consulenza e/o sostegno psicologico individuale e dai 40,00 € ai 140,00 € per una seduta di psicoterapia individuale. Anche se nessuno dei soggetti intervistati lo ha riportato, esiste la possibilità di sostenere un esame psicodiagnostico individuale che comprende il colloquio anamnestico e psicodiagnostico, la somministrazione di test e prove psicodiagnostiche e l'eventuale raccolta di informazioni da fonti esterne, le tariffe variano da 135,00 € a 465,00 €.

⁽¹⁰⁾ “Non binary” è un termine che indica la soggettività di un individuo che trascende la visione binaria del genere. “Genderqueer” è un termine polisemantico che racchiude in sé tutte quelle identità di genere che non corrispondono alla norma binaria uomo-donna. “Demiboy” è un termine che indica l'identità di genere di un individuo che si identifica prevalentemente, ma non totalmente, come uomo.

⁽¹¹⁾ Nello specifico Carmine ha spiegato che il testosterone tende «ad abbassare la voce, a far crescere più peli sul corpo, a iniziare a perdere i capelli, e a ridurre il grasso corporeo», ma in generale «tutte queste sono cose che possono succedere, possono non succedere, possono succedere in modo diverso... quindi è praticamente impossibile avere un'idea chiara dei risultati della transizione».

⁽¹²⁾ Matteo intende “17-OH-Progesterone”, le cui analisi sono essenziali alla visita endocrinologica.

⁽¹³⁾ Nella comunità trans, “dead name” indica il nome assegnato alla nascita. Per molti soggetti trans, spesso socializzati con nomi neutri o del genere in cui si identificano, sentir pronunciare o leggere il *dead name* acutizza i sintomi della disforia di genere.

⁽¹⁴⁾ Il Cidigem, o Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere è un centro polifunzionale di Torino specializzato in terapie psicoterapeutiche e farmacologiche riguardanti la disforia di genere.

⁽¹⁵⁾ Le “compounding pharmacies” sono farmacie che preparano prodotti personalizzati in base alle richieste del cliente. Nel caso specifico, a seconda del dosaggio che si vuole, si possono richiedere fiale da 10ml con dosaggi di estradiolo o testosterone differenti: queste rappresentano un'ulteriore forma di controllo sulla propria transizione data la possibilità di ottenere concentrazioni differenti per effetti e terapie differenti.

⁽¹⁶⁾ Il *binder* è un capo di vestiario usato da individui FtM che comprime il seno, dando l'illusione di un petto maschile. Usare il *binder* per periodi di tempo prolungati può comportare dei seri rischi per la salute.

⁽¹⁷⁾ Il *voice training* consiste nell'imparare a modulare la voce per renderla più maschile o femminile, senza il bisogno di interventi chirurgici alle corde vocali

⁽¹⁸⁾ Rispettivamente acronimi di *Assigned Female At Birth* e *Assigned Male at Birth*. Si tratta di termini che nella comunità trans appaiono molto inclusivi, utilizzabili anche da individui che si identificano come *non binary*.

⁽¹⁹⁾ Yara si riferisce ad uno studio che correla utilizzo prolungato di Androcur e comparsa di meningiomi comparso negli *Annales d'Endocrinologie* (DUBERN 2020).

⁽²⁰⁾ Il *lockdown* nazionale del 2020 fu un periodo di cessazione della maggior parte delle attività produttive, ambulatoriali e scolastiche in presenza come misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 che interessò tutto il territorio italiano dal 9 marzo al 3 maggio 2020.

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2014), *La belva nella giungla*, pp. 7-11, in VERZOTTO F. (a cura di), *Biografie sessuali. I casi clinici dalla Psychopathia sexualis*, Neri Pozza Editore, Vicenza.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.) American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.), American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1973), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.), American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. text rev.), American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- BASAGLIA F. (2018 [1968]), *Le istituzioni della violenza*, pp. 141-188, in BASAGLIA F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini & Castoldi, Milano.
- BENEDEUCE R. (2013), *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, "Aut Aut", 357: 181-205.
- BENJAMIN H. (1999 [1966]), *The Transsexual Phenomenon*, Symposium Publishing, Düsseldorf.
- BOURDIEU P. (1977 [1972]), *Outline of a theory of practice*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOURDIEU P. (2009 [1994]), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- BUTLER J. (2007 [1990]), *Gender Trouble*, Routledge, New York - London.
- DUBERN L. (2020), *Androcur et méningiome, étude sur une cohorte rétrospective de patients des HCL exposés à l'Androcur*, "Annales d'Endocrinologie", Vol. 81(4): 242-247.
- FAINZANG S. (2002), *Lying, Secrecy and Power within the Doctor-Patient Relationship*, "Anthropology and Medicine", Vol. 9(2): 117-33.

- FAINZANG S. (2013), *The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 37(3): 488-504.
- FASSIN D. (2013 [2011]), *La forza dell'ordine. Antropologia della polizia nelle periferie urbane*, La Linea, Bologna.
- FASSIN D. (2019), *Le vite ineguali. Quanto vale un essere umano*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2010 [1980]), *Herculine Barbin*, Vintage Books, New York.
- FOUCAULT M. (2021 [1976]), *Storia della sessualità, vol. 1. La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2022 [1984]), *Storia della sessualità, vol. 2. L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano.
- GORDON D.R. (1988), *Tenacious Assumptions in Western Medicine*, pp. 19-56, in LOCK M., GORDON D.R. (a cura di), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- HÉRITIER F. (2000 [1996]), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari.
- INGHILLERI P. (2021), *I luoghi che curano*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- KRAFFT-EBING R. (1931 [1886]), *Psychopathia Sexualis. Studio medico-legale ad uso di medici e giuristi*, Edizioni Schor, Milano.
- LEV A. (2005), *Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR*, "Journal of Psychology & Human Sexuality", Vol. 17(3-4): 35-69.
- LOCK M., SCHEPER-HUGES N. (2006), *Un approccio critico interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, pp. 149-194, in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia Medica. I Testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MAURIELLO M. (2013), *In corpore trans. Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli*, "AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica", 38: 437-456.
- MAURIELLO M. (2014), *La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella Città di Napoli*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 35-36: 279-308.
- PARISI M.L. (2017), *La fecondazione con donazione di gamete dopo la legge 40. Esperienze procreative tra normatività, desiderio e tabù*, pp. 27-59, in MATTALUCCI C. (a cura di), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PIZZA G. (2021 [2005]), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- RABINOW P. (1992), *Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality*, pp. 234-252, in CRARY J., KWINTER S. (a cura di), *Incorporations*, Zonebooks, New York.
- REMOTTI F. (2019 [2013]), *Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi*, Laterza, Roma-Bari.
- SCARDUELLI P. (2013), *L'Europa disunita: etnografia di un continente*, Archetipolibri, Bologna.
- SCOTT W.J. (1986), *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, "The American Historical Review", Vol. 91(5): 1053-1075.
- STRAND M. (2011), *Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge*. "Theory and Society", Vol. 40(3): 273-313.
- STRYKER S. (2008), *Transgender history*, Seal Studies, Berkeley.
- VALERIO P., FAZZARI P. (2016), *Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità transgender e delle identità di genere non conformi*, "Questione giustizia", 2: 210-219.

ŽIŽEK S. (1994), *Mapping Ideology*, Verso, London-New York.

Siti internet

<https://www.opl.it/area-normativa/Nomenclatore.php?t=1434> (consultato il 19 agosto 2022).

Scheda sugli Autori

Ylenia Baldanza nasce a Milano nel 1997. Si laurea con il massimo dei voti in Filosofia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano con una tesi in Estetica dal titolo "Il corpo postmoderno".

Marco Bacchella, nato a Milano nel 1997, si laurea in Filosofia presso l'Università Statale di Milano con una tesi in Filosofia del linguaggio dal titolo "Ricette tradizionali: autenticità fasulla e narrative autentiche". Attualmente entrambi sono studenti presso la facoltà di Scienze Antropologiche ed Etnologiche dell'Università di Milano-Bicocca.

Riassunto

Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans tra istituzione biomedica e autocura

Questo lavoro vuole illustrare come le identità di giovani individui trans vengano legittimate e riconosciute socialmente attraverso la prassi biomedica e, in particolare, attraverso la diagnosi di disforia di genere e le terapie ormonali. Quando il rapporto tra il soggetto e l'istituzione biomedica si rivela però lo scenario di scontri, rifiuti e omissioni, gli individui ricorrono a specifiche strategie di affermazione della propria agency, questo contributo si sofferma sull'autocura e sull'uso di risorse online come tentativo di ri-acquisizione di controllo sul proprio corpo.

Parole chiave: transgender, genere, autocura, diagnosi, disforia di genere, DSM

Resumen

Trayectorias de género. Legitimación de la identidad trans entre la institución biomédica y el autocuidado

Este artículo pretende ilustrar cómo las identidades de los jóvenes trans son legitimadas y reconocidas socialmente a través de la práctica biomédica y, en particular, a través del diagnóstico de disforia de género y las terapias hormonales. Sin embargo, cuando la relación entre el sujeto y la institución biomédica resulta ser el escenario de enfrentamientos, rechazos y omisiones, los individuos recurren a estrategias específicas para afirmar su agencia, esta contribución se centra en el autocuidado y el uso de recursos en línea como un intento de recuperar el control sobre sus cuerpos.

Palabras clave: transgénero, género, autocuidado, diagnóstico, disforia de género, DSM

Résumé

Trajectoires de genre. Légitimation de l'identité trans entre l'institution biomédicale et l'auto-soin

Cet article vise à illustrer comment les identités des jeunes trans sont légitimées et reconnues socialement par la pratique biomédicale et, en particulier, par le diagnostic de la dysphorie de genre et les thérapies hormonales. Cependant, lorsque la relation entre le sujet et l'institution biomédicale s'avère être le théâtre de confrontations, de rejets et d'omissions, les individus ont recours à des stratégies spécifiques pour affirmer leur agence. Cette contribution se concentre sur l'auto-soin et l'utilisation de ressources en ligne pour tenter de reprendre le contrôle de leur corps.

Mots-clés: transgenre, genre, automédication, diagnostic, dysphorie de genre, Dsm

