

ERMAFRODITX AUDACI



TRACCIANDO LA MAPPA DELL'EMERGERE
DELL'ATTIVISMO POLITICO INTERSESSUALE

CHERYL CHASE

Autoproduzione febbraio 2020

Contatti: fuckgender@riseup.net

Pubblicazione originale:

Cheryl Chase (1998): “*Hermaphrodites with attitude: Mapping the emergence of intersex political activism*”, A Journal of Lesbian and Gay Studies. The Transgender Issue, vol. 4, num. 2, 1998, pp. 189-211.

Traduzione italiana dalla versione spagnola

“*Hermafroditas con actitud. Cartografiando la emergencia del activismo político intersexual*”.

INTRODUZIONE

La questione intersex è interessante sotto diversi punti di vista. Innanzitutto ascoltare le storie di vita delle persone intersessuali, le loro forme di resistenza alla normatività e il loro attivismo ci permette di *conoscere* le loro esperienze, premessa indispensabile per iniziare a *capire*. Le persone intersessuali sono probabilmente le più invisibilizzate tra quelle che subiscono la violenza del sistema occidentale dei sessi/generi, un sistema fondato su un rigido binarismo che lascia poco spazio a tutto quanto ricade fuori dalle due categorie dominanti di uomo/donna. Nel caso delle persone intersessuali, la coercizione propria di questo sistema si esprime soprattutto nella medicalizzazione forzata che viene agita violentemente sui loro corpi per farli rientrare nell'uno o nell'altro dei due sessi/generi socialmente riconosciuti. Mantenere saldo il sistema del dualismo sessuale, un sistema che si fonda su presupposti eterosessisti e che non tollera la diversità, è quindi importante per il potere, e questo va a scapito dell'autodeterminazione di ogni persona rispetto al proprio corpo e alla propria identità di genere.

Non tutte le culture hanno la stessa reazione di fronte alla nascita di persone con genitali ambigui. L'ansia di normalizzazione tipica dell'Occidente non si riscontra ad esempio nella cultura di molti popoli nativi americani o in molte culture orientali (India, Filippine, Indonesia, Tahiti ecc.), che da sempre riconoscono l'esistenza di un terzo genere o un terzo sesso. Fra i Sambia degli antipiani orientali della Papua Nuova Guinea, come testimoniato dall'antropologo Gilbert Herdt, è molto diffusa una rara forma di ermafroditismo. Le persone intersessuali qui vengono chiamate *kwolu-aatmwol* e accettate come tali. La cultura occidentale, invece, donando un immenso potere nelle mani dei medici, la cui competenza su alcune questioni è considerata come assoluta e intoccabile, ha deciso che i corpi ambigui dal punto di vista sessuale non possono esistere, sono da patologizzare, e vanno cancellati con drastici rimedi chirurgici e ormonali.

L'esistenza delle persone intersex mette in discussione tutta una serie di assunti che stanno alla base della nostra cultura. Allo stesso tempo svela la falsità dell'affermazione secondo cui la scienza moderna è una forma di conoscenza neutrale e oggettiva, indipendente dai contesti culturali e dalle epoche storiche in cui si sviluppa. Basterebbe guardarsi indietro e si constaterrebbe con facilità come non è mai stato così, al contrario la scienza moderna si è sempre posta al servizio degli interessi dei gruppi dominanti e ne ha ricalcato l'ideologia. Pensiamo soltanto al ruolo che hanno avuto storicamente (e in alcuni casi hanno ancora) discipline mediche come la psichiatria, la fisiologia, la ginecologia, la genetica, solo per fare qualche esempio, nel discriminare, sfruttare, violentare,

sterilizzare, normalizzare, sterminare le donne, le persone omosessuali, queer e trans, le persone razzializzate, le persone povere e più emarginate. Al sistema medico-scientifico, oggi come ieri, viene assegnato un potere enorme nel prendere decisioni che riguardano i corpi, gli individui e la società tutta. Scelte che il mondo scientifico opera facendosi guidare dai propri valori, spacciati come “obiettivi” ma in realtà, come abbiamo visto, sempre situati storicamente e indice di una visione del mondo ben precisa. Un potere che andrebbe contrastato come una delle principali forme di autorità sulle nostre vite.

Pensare che la nostra società, il cui unico sapere legittimo è considerato essere quello prodotto dalla scienza e il cui sistema di sesso/genere si basa su un rigido dualismo culturale costruito e imposto anche da questa stessa scienza, sia superiore ad altre culture che vedono altre forme di sapere e modi di concepire i corpi e i generi, è indice del colonialismo del nostro sguardo. Un colonialismo messo in evidenza anche da Cheryl Chase in questo testo, nel mostrare il doppio standard con cui vengono considerate le mutilazioni genitali femminili dei paesi africani (indice di una cultura “barbara” e “primitiva”) e quelle che avvengono sulle persone intersex nell’ospedale sotto a casa nostra, nel nostro bell’Occidente, passate sotto silenzio perché legittimate dalle autorità scientifiche e statali.

ERMAFRODITX AUDACI

L'insistenza su due sessi chiaramente distinti ha conseguenze disastrose per molti individui che arrivano al mondo con un'anatomia sessuale che non può essere facilmente identificata come maschile o femminile. Questi individui sono etichettati dal discorso medico moderno¹ come "intersessuali" o "ermafroditx". Circa una persona ogni cento nascite è portatrice di una qualche anomalia della differenziazione sessuale e circa una ogni duemila è abbastanza differente da rendere problematica la domanda "E' un maschio o una femmina?"². Dall'inizio degli anni '60 del secolo scorso, quasi tutte le grandi città degli Stati Uniti hanno avuto un ospedale con un team permanente di medici esperti che intervengono in questi casi per assegnare – con drastici mezzi chirurgici – uno status di maschio o femmina agli/lle infanti intersex. Il fatto che questo sistema di mantenimento dei confini delle categorie 'maschio' e 'femmina' esista da così tanto tempo, senza che da alcun lato siano emerse critiche né attenzioni al riguardo, è un segnale dell'estremo disagio che l'ambiguità sessuale provoca nella nostra cultura. La chirurgia genitale infantile rende letterale quella che altrimenti sarebbe considerata un'operazione teoretica: il tentativo di produrre corpi normativamente sessuati e soggetti di genere attraverso atti costitutivi di violenza. Negli ultimi anni, tuttavia, le persone intersessuali hanno cominciato a politicizzare le identità intersex, trasformando così quelle che erano esperienze strettamente personali di violenza in un contrasto collettivo alla regolazione medica dei corpi, che rende *queer* le basi delle identificazioni e dei desideri eteronormativi.

Ermafroditx: autorità medica e invisibilità culturale

Molte persone, familiari con l'idea che il genere è un fenomeno che non si descrive in maniera adeguata con il dimorfismo maschio/femmina e che l'interpretazione delle differenze sessuali fisiche è costruita culturalmente, restano comunque sorprese nel sapere quanto sia variabile l'anatomia sessuale³. Sebbene il binario maschio/femmina sia costruito come naturale e si presuma immutabile, il fenomeno dell'intersessualità offre una chiara dimostrazione del contrario, e fornisce un'opportunità di dispiegare strategicamente la "natura" per mandare in cortocircuito i sistemi eteronormativi di sesso, genere e sessualità. Il concetto di sesso corporeo, nel suo uso comune, fa riferimento a componenti multiple che includono il cariotipo (l'organizzazione dei cromosomi sessuali), la differenziazione gonadica (per es. ovarica o testicolare), la morfologia genitale, la configurazione degli organi riproduttivi interni e le caratteristiche sessuali della pubertà come i seni e la peluria facciale. Poiché ci si aspetta che queste caratteristiche siano concordanti in ogni individuo – tutte maschili o tutte femminili – unx osservatore/trice, una volta che ha attribuito il sesso di maschio o femmina a un individuo particolare, dà per scontate le altre caratteristiche non osservabili⁴.

Dato che la medicina interviene in maniera immediata nelle nascite intersessuali per cambiare il corpo dellx bebé, il fenomeno dell'intersessualità è oggi giorno ampiamente sconosciuto al di fuori delle pratiche mediche specializzate. La consapevolezza generale sull'esistenza dei corpi intersessuali è svanita lentamente nelle società europee occidentali moderne nella misura in cui la medicina si è gradualmente appropriata dell'autorità di interpretare – ed eventualmente di gestire – quella categoria che in precedenza era ampiamente conosciuta come “ermafroditismo”. La tassonomia medica dell'epoca vittoriana iniziò l'opera di cancellazione dell'ermafroditismo come status legittimo, stabilendo che l'istologia gonadica mista (cioè la presenza allo stesso tempo di tessuti ovarici e tessuti testicolari) fosse il criterio necessario per stabilire il “vero” ermafroditismo. Dati i limiti della chirurgia e dell'anestesia vittoriane, questa verifica era impossibile in unx paziente in vita. Tutte le altre anomalie furono riclassificate come “pseudo-ermafroditismi” che in realtà celavano un “vero sesso” determinato dalle gonadi⁵.

Con gli avanzamenti negli ambiti dell'anestesia, chirurgia, embriologia ed endocrinologia, la medicina del XX° secolo si mosse dalla semplice etichettatura dei corpi intersessuali alle più intrusive pratiche per “aggiustarli”, perché si conformassero a un sesso diagnosticato come vero. Le tecniche e i protocolli per trasformare fisicamente i corpi intersessuali furono sviluppati per la prima volta nella John Hopkins University di Baltimora tra il 1920 e il 1930 sotto la direzione dell'urologo Hugh Hampton Young. “Solo negli ultimi anni”, scriveva entusiasticamente Young nella prefazione al suo manuale pionieristico *Genital Abnormalities*, “abbiamo cominciato ad avvicinarci alla spiegazione delle meraviglie dell'anormalità anatomica che viene mostrata da questi incredibili individui. Ma la chirurgia dell'ermafrodita è rimasta una terra incognita”. La “triste condizione di questi sfortunati” spinse Young a ingegnare “una gran varietà di procedimenti chirurgici” con i quali cercò di normalizzare il più possibile le loro apparenze corporee⁶.



Pochi dei pazienti di Young resistettero ai suoi tentativi. Una di queste, una “vigorosa giovane donna nera con una buona figura” e un gran clitoride, si era sposata con un uomo ma sentiva passione soltanto per le donne. Rifiutò di “essere convertita in un uomo” perché l'eliminazione della sua vagina avrebbe signifi-

cato la perdita del suo “buono pasto”, cioè suo marito⁷. Intorno agli anni ‘50, il principio di identificazione e intervento post-natale rapido per i/le bebé intersessuali era stato sviluppato alla Johns Hopkins con l’obiettivo esplicito di portare a termine gli interventi chirurgici in tempi brevi in modo che il bebè non ne conservasse memoria⁸. Ci si domanda se l’insistenza a intervenire subito non fosse almeno in parte motivata dalla resistenza offerta dalle persone intersessuali adulte alla normalizzazione attraverso la chirurgia. I genitori spaventati di bebé dal sesso ambiguo erano molto più aperti ai suggerimenti della chirurgia normalizzatrice, mentre i/le bebé stessx non potevano ovviamente opporre resistenza di alcun tipo. La maggior parte delle basi teoriche che giustificano questi interventi sono attribuibili allo psicologo John Money, un ricercatore nel campo della sessuologia invitato alla Johns Hopkins da Lawson Wilkins, il fondatore dell’endocrinologia pediatrica⁹. Di conseguenza numerosx studenti/esse di Wilkins diffusero questi protocolli negli ospedali di tutti gli Stati Uniti e anche oltre¹⁰. Suzanne Kessler segnala che oggi giorno i protocolli di Wilkins e Money godono di un’“approvazione che raramente si trova nella scienza”¹¹.

Mantenendo il modello della Johns Hopkins, la nascita di unx bebé intersessuale, oggi, viene considerata un’“emergenza psicosociale” che mobilita una squadra multidisciplinare di specialistx dell’intersessualità.

Significativamente, si tratta di chirurghx ed endocrinologx più che psicologx, espertx di bioetica, rappresentanti di organizzazioni di sostegno alle persone intersessuali o genitori di bebé intersessuali. La squadra esamina il/la bebé e sceglie maschio o femmina come “sesso di assegnazione”, poi informa i genitori che quello è il “vero sesso” delx neonatx. Viene utilizzata quindi tecnologia medica, incluse operazioni chirurgiche e ormoni, per fare in modo che il corpo del bebé si conformi il più possibile a quel sesso.

Il tipo di deviazione dalle norme sessuali esibito dalle persone intersessuali è tal punto stigmatizzato che la previsione del probabile danno emotivo causato dal rifiuto sociale è l’argomento più convincente utilizzato dal medico per giustificare interventi chirurgici medicalmente non necessari. La condizione intersessuale è considerata talmente incompatibile con la salute emotiva che la strategia consigliata sfacciatamente nella letteratura professionale medica¹² prevede la distorsione, l’occultamento dei fatti e le aperte menzogne (sia verso i genitori che più tardi verso la persona intersessuale). Ma il sistematico occultamento delle nascite intersessuali e dell’uso di tecniche violente per normalizzare i loro corpi ha causato un profondo danno emotivo e fisico alle persone intersessuali e alle loro famiglie. Il danno inizia dal momento in cui la nascita viene trattata come una crisi medica, e le conseguenze di questo trattamento iniziale si prolungano per sempre. L’impatto di questo trattamento è così devastante che soltanto fino a pochi anni fa le persone le cui vite

erano state toccate dall'intersessualità mantenevano il silenzio sulla loro sofferenza. Perfino in una data recente come il 1993, nessunx ha criticato pubblicamente il chirurgo Milton Edgerton quando ha scritto che in quarant'anni di chirurgia al clitoride su persone intersessuali, "nessunx si era mai lamentatx della perdita di sensazione, *perfino quando si era eliminato il clitoride per intero*"¹³.

La tragica ironia è che, se l'anatomia intersessuale può indicare occasionalmente un problema medico sottostante come per esempio una disfunzione surrenale, i genitali ambigui non sono in sé dolorosi né dannosi per la salute. La chirurgia è essenzialmente un processo distruttivo. Può eliminare e, in misura limitata, ricollocare i tessuti, ma non può creare nuove strutture. Questa limitazione tecnica, che va di pari passo con una concezione del femminile come una condizione di mancanza, porta i medici ad assegnare come femmine il 90% dei/le bebé anatomicamente ambigui, attraverso eliminazione di tessuto genitale. Membri della squadra specializzata in persone intersex della Johns Hopkins hanno giustificato la scelta predominante di assegnazione al femminile dicendo, "puoi fare un buco, ma non puoi costruire una verga"¹⁴.

Sforzi realmente eroici sostengono un tenue status maschile per il restante 10% che viene assegnato al maschile, bebé che verranno soggetttx a operazioni multiple – addirittura ventidue in un caso¹⁵ - con l'obiettivo di normalizzare il pene e costruire un'uretra che permetta loro di urinare in piedi. In alcuni casi, le chirurgie terminano soltanto quando il bambino o la bambina diventano abbastanza grandi da cominciare a opporre resistenza¹⁶.

I/le neonatx assegnatx al sesso femminile sono soggetttx a un'operazione chirurgica che elimina il problematico clitoride ipertrofico (lo stesso tessuto che sarebbe stato un problematico micropene se il/la bebé fosse statx assegnatx al maschile).

Negli anni '60 la chirurgia genitale pediatrica femminilizzante era apertamente etichettata come "clitoridectomia" ed era positivamente paragonata alle pratiche africane che recentemente sono state messe così intensamente sotto i riflettori. Come sostenevano tre chirurghi di Harvard, "la dimostrazione che la clitoride non è fondamentale per il coito normale si può ottenere da dati sociologici certi. Per esempio, è costume in numerose tribù africane estirpare il clitoride e altre parti degli organi genitali esterni. Tuttavia si osserva in queste donne una funzione sessuale normale"¹⁷.

Oggi un'operazione che elimina la maggior parte del clitoride e ricolloca una parte della sua estremità viene rinominata diversamente (o eufemisticamente) "clitoridoplastica", riduzione o regressione della clitoride, ed è descritta come un "semplice procedimento estetico" per differenziarla dalla oggi infame "clitoridectomia". Tuttavia, l'operazione è ben distante dall'essere benevola. Presento

qui un riassunto leggermente semplificato (con parole mie) della tecnica chirurgica – raccomandata dai chirurghi Oesterling, Gearhart e Jeffs della Johns Hopkins – che è rappresentativo dell’operazione:

Fanno un’incisione intorno al fallo, nella corona, poi dissezionano la pelle separandola dall’interno. In seguito dissezionano la pelle separandola dalla porzione dorsale ed eliminano tanto corpo erettile quanto necessario per creare un “clitoride della dimensione appropriata”. In seguito, si mettono punti di sutura dall’area del pube e lungo entrambi i lati della longitudine totale di quello che resta del fallo; quando questi punti si fissano, il fallo si piega come le falde di una gonna e retrocede a una posizione nascosta dietro il monte di Venere. Se il risultato è ancora “troppo grande”, il glande viene ridotto ancora di più tagliando una porzione dello stesso.

(Oesterling, Gearhart e Jeffs: 1079-1084)

Per la maggioranza delle persone intersessuali questo tipo di descrizione medica arcana e disumanizzata, illustrata con primi piani di chirurgie genitali e persone minorenni nude con una banda nera che copre loro gli occhi, è l’unica versione disponibile di *Our bodies, ourselves*¹⁸. Come cultura abbiamo lasciato nelle mani della medicina l’autorità di pattugliare le frontiere tra maschio e femmina, lasciando che le persone intersessuali guarissero meglio che potevano, sole e in silenzio, dalla normalizzazione violenta.

La mia carriera come ermafrodita: rinegoziando i significati culturali

Sono nata con genitali ambigui. Un dottore specializzato in intersessualità ha meditato per tre giorni – sedando mia madre ogni volta che chiedeva che problema c’era con il/la *sux bébé* – prima di concludere che ero un maschio con un micropene, ipospadia completa, testicoli non discesi e una strana apertura extra situata dietro l’uretra. Venne compilato per me un certificato di nascita come maschio e i miei genitori iniziarono ad educarmi come un bambino.

Quando avevo un anno e mezzo, i miei genitori consultarono un’altra squadra di esperti, che mi ricoverarono in un ospedale per la “determinazione sessuale”. “Determinare” è una parola particolarmente azzeccata in questo contesto, poiché significa sia “indagare tramite ricerca” quanto “causare l’ottenimento di una soluzione”. Descrive perfettamente il processo in due passaggi con cui la scienza produce, attraverso una serie di operazioni camuffate, quello che afferma di osservare soltanto.

I dottori dissero ai miei genitori che era necessaria una ricerca medica per determinare (nel primo senso di questa parola) quale era il mio “vero sesso”. Giudicarono la mia estremità sessuale inadeguata come pene, troppo corto per definire effettivamente una condizione maschile o per penetrare delle donne. Come donna, tuttavia, sarei stata penetrabile e potenzialmente fertile. Dopo aver rinominato la mia anatomia come vagina, uretra, labbra e clitoride enorme, il mio sesso fu determinato (nel secondo senso) tramite l’amputazione della mia estremità genitale. Seguendo le istruzioni dei medici, i miei genitori mi cambiarono di nome, perquisirono minuziosamente casa nostra per eliminare ogni prova della mia esistenza come maschio (fotografie, auguri di compleanno, ecc.), cambiarono il mio certificato di nascita, si trasferirono in un’altra città, diedero istruzioni ai membri della mia famiglia allargata perché non facessero più menzione di me al maschile, e non dissero mai a nessunx – me compresa – cosa era successo. La mia intersessualità e cambiamento di sesso si trasformarono in piccoli segreti sporchi di famiglia.

All’età di otto anni, tornai all’ospedale per un’operazione chirurgica addominale che eliminasse la porzione testicolare delle mie gonadi, ognuna delle quali aveva un carattere parzialmente ovarico e parzialmente testicolare. All’epoca non mi diedero alcuna spiegazione per la lunga degenza in ospedale o per l’operazione, né per le successive visite regolari all’ospedale, nelle quali i medici fotografavano i miei genitali e inserivano dita e strumenti nella mia vagina e nel mio ano. Queste visite cessarono non appena ebbi le prime mestruazioni. Nel momento del cambiamento di sesso i medici avevano assicurato i miei genitori che una volta che loro figlio/ora figlia fosse diventata una donna avrebbe potuto avere una vita sessuale normale e anche dei/le figlx. Con la conferma delle mestruazioni, i miei genitori a quanto pare conclusero che quella predizione si era avverata e che la loro ordalia era stata superata. Per me la parte peggiore dell’incubo stava soltanto iniziando.

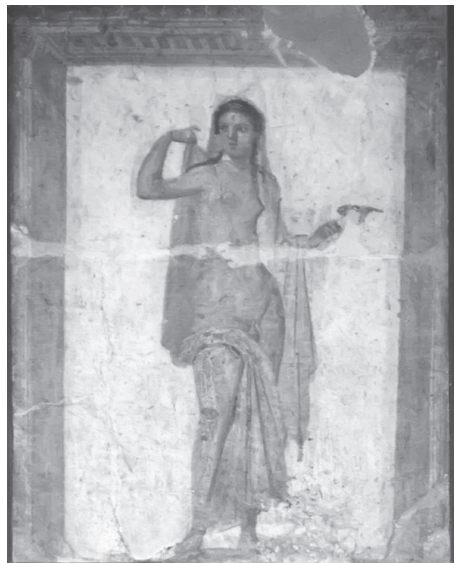
Da adolescente, mi resi conto che non avevo la clitoride né labbra interne e che ero incapace di provare l’orgasmo. Alla fine della mia adolescenza, cominciai a fare ricerche nelle biblioteche mediche cercando di scoprire cosa poteva essermi successo.

Quando finalmente mi decisi a procurarmi la mia documentazione medica, mi ci vollero tre anni per superare gli ostacoli che mi venivano posti dai medici a cui chiesi aiuto. Quando vi riuscii (erano appena tre pagine), seppi per la prima volta che ero una “vera ermafrodita”, che ero stato il figlio dei miei genitori per un anno e mezzo e che portavo un nome a me sconosciuto. I documenti parlavano anche della mia clitoridectomia. Questo avvenne a metà degli anni ‘70, quando avevo appena compiuto vent’anni. Avevo cominciato a identificarmi come lesbica, in un’epoca in cui il lesbismo e l’essenzialismo di genere su base biologica

erano virtualmente sinonimi: gli uomini erano stupratori e causavano la guerra e la distruzione ambientale; le donne erano buone e avrebbero guarito la terra; le lesbiche erano una forma superiore di esseri incontaminati dall'“energia degli uomini”. In un mondo così, come avrei potuto dire a qualcunx che di fatto avevo posseduto il temibile “fallo”? Già ai miei stessi occhi non ero più una donna ma piuttosto una creatura mostruosa e mitica. Dato che il mio ermafroditismo e la mia prima infanzia maschile, rimasti nascosti per così tanto tempo, erano la storia che stava dietro la clitoridectomia, non potei mai parlare di questa apertamente né della mia conseguente incapacità di provare l'orgasmo. Ero così traumatizzata dalla scoperta delle circostanze che avevano prodotto la mia corporeità che non potei parlare di questi temi con nessunx.

Quasi quindici anni più tardi soffrii di una crisi emotiva. Agli occhi del mondo ero una donna di successo, con un'avviata carriera. Di fronte a me stessa, ero un mostro, incapace di amare o essere amata, mi vergognavo totalmente della mia condizione di ermafrodita e della mia disfunzione sessuale. Incapace di fare la pace con me stessa, finalmente cercai l'aiuto di una psicoterapeuta, che reagì ad ogni rivelazione sulla mia storia e situazione con espressioni come “no, non è possibile” o “che cosa?”. Io potevo dire “in realtà non sono una donna” e lei rispondeva “ma certo che lo sei, sembri una donna”. Io potevo dire “la mia completa rinuncia alla sessualità ha distrutto ogni relazione che ho avuto”, e lei rispondeva “chiunque ha i suoi alti e bassi”. Tentai con un'altra psicoterapeuta e incontrai risposte simili. Sempre più disperata, confidai la mia storia a varie amiche, che sparirono con un silenzio imbarazzato. Mi trovavo in un'agonia emotiva, sentendomi completamente sola senza vedere alcuna via d'uscita. Decisi di suicidarmi.

Confrontarmi con il suicidio come possibilità reale risultò essere la mia epifania personale. Fantasticavo di suicidarmi in maniera abbastanza sanguinosa e drammatica nello studio del chirurgo che aveva amputato la mia clitoride, mettendolo con la forza di fronte all'orrore in cui aveva trasformato la mia vita. Ma riconoscendo il desiderio di dare un senso al mio dolore svoltai un angolo cruciale, e trovai una strada per dirigere la mia rabbia in maniera produttiva verso il mondo anziché distruttiva verso me stessa. Non possedevo una cornice



concettuale che mi permettesse di sviluppare un'autocoscienza più positiva. Sapevo solo che mi sentivo mutilata, non completamente umana, ma che ero decisa a guarire. Lottai per settimane in un caos emotivo, incapace di mangiare, dormire o lavorare. Non potevo accettare la mia immagine di corpo ermafrodita più di quanto potevo accettare la carneficina che mi aveva lasciato il chirurgo.

Alternavo il pensare a me stessa come un patchwork del mostro di Frankenstein con aneliti di fuga attraverso la morte, e subito dopo sentimenti di indignazione, rabbia feroce e la determinazione a sopravvivere. Non potevo accettare che fosse giusto, accettabile o positivo trattare qualcunx come ero stata trattata io – il mio sesso cambiato, i miei genitali amputati, la mia esperienza messa a tacere e invisibilizzata. Mi portai dentro un inferno privato, disgraziatamente sola nella mia condizione senza nemmeno i miei torturatori come compagnia. Finalmente cominciai a vedere me stessa in piedi in mezzo a una tempesta ma con cieli limpidi e un visibile arcobaleno a distanza. Soffrivo ancora, ma stavo cominciando a vedere il processo doloroso in cui ero intrappolata in termini di rafforzamento e rinascita, come un modo per rivestire la mia vita di un nuovo senso di autenticità che possedeva un ampio potenziale per una successiva trasformazione. A posteriori riconosco questa esperienza di passaggio dal dolore al rafforzamento personale come simile a quella descritta da altrx attivix intersessuali e transessuali¹⁹.

Lentamente sviluppai una nuova forma di autocomprensione politicizzata e criticamente cosciente. Ero stata il tipo di lesbica che a suo tempo aveva una fidanzata, ma che mai aveva partecipato realmente alla vita della comunità lesbica. Mi sentivo quasi completamente isolata dalle politiche gay, del femminismo e della teoria queer e di genere. Sapevo vagamente che il movimento per i diritti gay aveva guadagnato spinta solo quando aveva potuto rigettare effettivamente l'idea che l'omosessualità fosse una malattia o inferiorità e affermare al contrario che “gay è bello”.

Per quanto mi apparisse impossibile, promisi a me stessa di affermare allo stesso modo che “intersessuale è bello”, che il corpo nel quale ero nata non era malato, soltanto differente. Promisi a me stessa di accettare pienamente l'idea di “non essere una donna” che inizialmente mi aveva tanto fatto orrore scoprire.

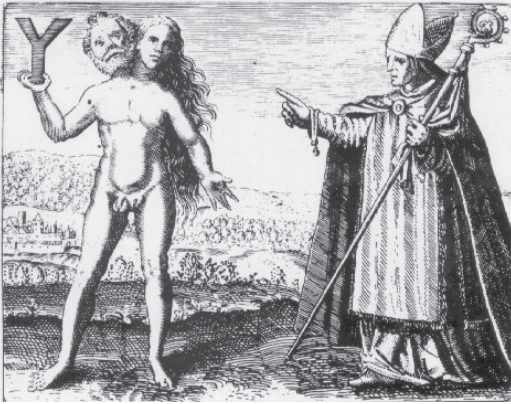
Cominciai a cercare una comunità e di conseguenza mi trasferii a San Francisco alla fine del 1992, convinta che tra le persone che vivevano nella “mecca queer” avrei trovato le analisi della corporeità sessuata e di genere più sofisticate concettualmente, più tolleranti socialmente e più acute politicamente. In parte incontrai quello che stavo cercando, a causa del fatto che il mio arrivo all'Arena de la Bahía di San Francisco coincise con il rapido emergere di un energico movimento politico transgender. *Transgender Nation* (TN) si era sviluppata da *Queer Nation*, un gruppo post-gay/lesbico che voleva trascendere le politiche identitarie. Le azioni di TN

attrassero l'attenzione dei media – in particolare quando alcuni membri furono arrestati durante una carica della polizia al convegno annuale della *American Psychiatric Association* mentre protestavano per la categorizzazione psichiatrica della transessualità come malattia mentale. L'artista performer transessuale Kate Bornstein stava introducendo con humour le questioni transgender nella comunità gay/lesbica di San Francisco e oltre. Le tematiche trans FtM (female-to-male) avevano ottenuto un nuovo livello di visibilità in gran parte grazie agli sforzi realizzati da Lou Sullivan, un attivista gay FtM che morì prematuramente nel 1991 per complicazioni legate all'HIV. E come conseguenza del successo di vendita del romanzo underground “*Stone Butch Blues*”, il manifesto di Leslie Feinberg “*Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*” stava trovando un pubblico notevole, unendo per la prima volta le tematiche della giustizia sociale transgender con un'agenda politica progressista più ampia²⁰. Allo stesso tempo, era emersa una vigorosa nuova ondata di studi di genere nell'accademia²¹. In questo contesto, la teorica e attivista intersessuale Morgan Holmes poté analizzare la sua stessa clitoridectomia in una tesi di master e ottenere che fosse considerata seriamente come lavoro accademico²². Teoriche apertamente transessuali, tra cui Susan Stryker e Sandy Stone, erano visibili in posizioni accademiche di responsabilità in prestigiose università. Il testo “*The empire strikes back: a posttranssexual manifesto*” di Stone risignificò in maniera aperta e visibile le persone transessuali, non come conformiste del genere che rafforzavano un sistema di sesso rigido e binario, ma come “un insieme di testi incarnati il cui potenziale di sovversione produttiva delle sessualità strutturate e degli spettri del desiderio era ancora da esplorare”²³.

In questa atmosfera elettrizzante, io contribuì con la mia esperienza personale. Presentata da Bornstein ad altre attiviste del genere, esplorai con loro le politiche culturali dell'intersessualità, che per me rappresentavano un'altra nuova configurazione possibile dei corpi, delle identità, dei desideri e delle sessualità dalla quale affrontare gli aspetti violentemente normalizzanti del sistema dominante di sesso/genere. Alla fine del 1993, la pioniera di *Transgender Nation* Anne Ogborn mi invitò a partecipare a un ritiro di fine settimana chiamato la Conferenza della Nuova Donna, in cui donne transessuali post-operazione condividevano le loro storie, i loro dolori e le loro gioie, e godevano della libertà di nuotare e prendere il sole nude con altre che avevano anch'esse cambiato chirurgicamente i loro genitali. Vidi che le partecipanti tornavano a casa in uno stato di euforia e mi proposi di portare lo stesso tipo di esperienza rigenerante alla gente intersessuale.

L'emergere di un movimento intersessuale: opposizione e alleati

Dal mio arrivo a San Francisco, iniziai a raccontare la mia storia indiscriminatamente a chiunque incontrassi. Nel giro di un anno, soltanto parlandone apertamente nei



miei circuiti sociali ristretti, seppi di altre sei persone intersessuali – incluse due che erano state abbastanza fortunate da sfuggire all’attenzione medica. Mi resi conto che l’intersessualità, più che essere estremamente rara, doveva essere relativamente comune. Decisi di creare una rete d’appoggio. Nell’estate del 1993, preparai alcuni volantini, mi feci una casella postale e cominciai a annunciare la nascita della *Intersex Society of North America* (ISNA) tramite

piccoli annunci sui giornali. Non molto tempo dopo, mi trovai a ricevere diverse lettere alla settimana di persone intersessuali da tutti gli angoli degli Stati Uniti e del Canada, e qualcuna occasionalmente dall’Europa. Sebbene i dettagli variassero, le lettere offrivano un’immagine particolarmente coerente delle conseguenze emotive dell’intervento medico. Morgan Holmes: “Tutte le cose che il mio corpo avrebbe potuto fare, tutte le possibilità, sono state spazzate via insieme alla mia clitoride amputata dal dipartimento di patologia. Quello che rimase di me finì nella stanza di degenza – dove ancora mi trovo”. Angela Moreno: “Mi fa orrore quello che mi hanno fatto e la cospirazione di silenzio e bugie. Sono piena di dolore e di rabbia, ma finalmente anche di sollievo, nel sapere che forse non sono l’unica”. Thomas: “Prego di trovare i modi per ricompensare, in qualche maniera, l’*American Urological Association* per tutto quello che ha fatto a mio beneficio. Ma sto avendo alcuni problemi a connettere il meccanismo di orologeria con il detonatore”.

L’obiettivo più immediato dell’ISNA era di creare una comunità di persone intersessuali che potessero darsi appoggio tra pari per affrontare la vergogna, lo stigma, il dolore e la rabbia, così come per questioni pratiche come per esempio ottenere informative mediche molto vecchie o localizzare unx psicoterapeuta o endocrinologo simpatizzante. Con questa finalità, collaborai con giornalisti che giudicai capaci di informare responsabilmente dei nostri sforzi, inserii l’ISNA nelle liste di gruppi di auto-aiuto e creai un sito internet (www.isna.org). L’ISNA connette ora centinaia di intersessuali di tutto il Nord America, dell’Europa, dell’Australia e della Nuova Zelanda²⁴. Ha cominciato anche a promuovere degli incontri intersessuali annuali, il primo dei quali ha avuto luogo nel 1996, che ha emozionato i/le partecipanti in maniera tanto profonda quanto a me aveva emozionato la Conferenza della Nuova Donna nel 1993.

Tuttavia, la meta più importante e più a lungo termine dell’ISNA è cambiare il

modo in cui sono trattatx i/le bebé intersessuali. Lottiamo perché non si applichi la chirurgia sui genitali ambigui laddove non ci sia una ragione medica (come una minzione bloccata o dolorosa), e che si forniscano ai genitori gli strumenti concettuali e l'appoggio emotivo perché accettino le differenze fisiche dei/le loro figlx. Anche se è affascinante pensare allo sviluppo potenziale di nuovi generi o posizioni di soggetto basate sulle forme di corporeità che escono dalla familiare dicotomia maschio/femmina, riconosciamo che il modello dualistico di sesso/genere è attualmente egemonico e pertanto accettiamo che i/le bambinx vengano cresciutx come bambini o come bambine, in accordo con la designazione che appaia più in grado di offrire alla persona minore il maggior benessere futuro. Difendere l'assegnazione di genere senza ricorrere alla chirurgia normalizzatrice implica una posizione radicale poiché richiede la sovversione deliberata della concordanza presunta tra la forma corporea e la categoria di genere. Tuttavia, questa è l'unica posizione che previene il danno fisico irreversibile del corpo della persona intersessuale, che rispetta l'autonomia della persona intersessuale che si occupa della propria carne, e che riconosce che la sensazione genitale e il funzionamento erotico sono almeno tanto importanti quanto la capacità riproduttiva. Se una persona minore o adulta intersessuale decide poi di cambiare genere o sottoporsi a un'alterazione chirurgica o ormonale del proprio corpo, anche questa decisione dovrebbe essere completamente rispettata e facilitata. Il punto chiave è che i soggetti intersessuali non dovrebbero essere violentati per il benessere o la convenienza di altrx.

Uno dei passaggi realizzati dall'ISNA per raggiungere l'obiettivo a lungo termine è stato di documentare la carneficina emozionale e fisica prodotta dagli interventi medici. Come risulta estremamente evidente da una letteratura che cresce rapidamente (si veda la bibliografia della nostra pagina web), la gestione medica dell'intersessualità è cambiata poco nei quarant'anni trascorsi dal mio primo intervento. Kessler si sorprende perché “nonostante le migliaia di operazioni genitali che si realizzano ogni anno, non esistono meta-analisi all'interno della comunità medica riguardo alle statistiche di successo”²⁵. Non sanno se le persone intersessuali post-operazioni rimangono “silenziose e felici, o silenziose e infelici”²⁶. Non esistono spinte alla ricerca per migliorare il funzionamento erotico delle persone intersessuali adulte i cui genitali sono stati modificati, né esistono psicoterapeutx specializatx nel lavorare con pazienti intersessuali adultx che cercano di guarire dal trauma dell'intervento medico. Per iniziare a contrastare la montagna di letteratura medica che trascura l'esperienza intersessuale e cominciare a stilare una memoria etnografica di quell'esperienza, lo spazio di dibattito dell'ISNA *Hermophrodites with Attitude* si è trasformato in uno spazio in cui le persone intersessuali potessero narrare le loro storie. Abbiamo inviato copie dei dibattiti, piene di sanguinose narrazioni personali, a intellettuali, scrittori/trici, giornalistx, a organizzazioni per i diritti delle minoranze e a professionistx medicx – a chiunque pensavamo potesse

influire positivamente nella nostra campagna per cambiare il modo in cui sono trattati i corpi intersessuali.

La presenza dell'ISNA ha cominciato a produrre degli effetti. Ha aiutato a politicizzare il crescente numero di organizzazioni intersessuali, così come le stesse identità intersessuali. All'inizio quando cominciai a organizzare l'ISNA, mi incontrai con alcuni leader della *Turner Syndrome Society*, il più vecchio gruppo di supporto conosciuto sulla differenziazione sessuale atipica, creato nel 1987. La Sindrome di Turner è definita da un cariotipo genetico XO che si manifesta con una morfologia corporea femminile con ovaie non funzionali, statura estremamente bassa e una varietà di altre differenze fisiche descritte nella letteratura medica con definizioni stigmatizzanti come "collo membranoso" e "bocca di pesce". Ognuna di queste donne mi ha raccontato quanto era stata profonda e trasformatrice la semplice esperienza di conoscere altre persone come sé. I loro risultati mi ispirarono molto (è un'organizzazione nazionale che ha migliaia di persone iscritte), ma volevo che l'ISNA prendesse una direzione differente. Ero poco disposta a pensare all'intersessualità come a una patologia o disabilità e più interessata a mettere completamente in discussione la sua medicalizzazione, e ancora di più a politicizzare un'identità pan-intersessuale che attraversava le divisioni di eziologie particolari per destabilizzare gli assunti eteronormativi che sono alla base della violenza diretta verso i nostri corpi.

Quando creai l'ISNA nel 1993, non esisteva un gruppo politicizzato simile. Nel Regno Unito, nel 1988, la madre di una bambina con la sindrome da insensibilità agli androgeni (AIS, che porta alla nascita di maschi genetici con morfologie genitali femminili) creò il Gruppo di Appoggio AIS. Il gruppo, che inizialmente fece pressione per incrementare l'attenzione medica (tecniche chirurgiche migliori per produrre una maggiore profondità vaginale, più ricerca sull'osteoporosi che colpisce con frequenza le persone con AIS), ha oggi sede in cinque paesi. Un altro gruppo, *K.S. and Associates*, fu creato nel 1989 dalla madre di un ragazzo con Sindrome di Klinefelter e oggi supporta circa un migliaio di famiglie. Questa sindrome è caratterizzata dalla presenza di uno o due cromosomi X addizionali, e porta a corpi con genitali esterni maschili equilibrati, altezza al di sopra della media e membra in qualche modo sgraziate. Durante la pubertà le persone con Sindrome di Klinefelter passano attraverso una specie di allargamento pelvico e lo sviluppo dei seni. *K.S. and Associates* continua ad essere dominata da genitori, che in gran parte hanno una formazione medica, e ha resistito ai tentativi da parte di maschi adulti con Sindrome di Klinefelter di discutere di questioni di identità di genere e di orientamento sessuale in relazione alla loro condizione intersessuale.

Dalla comparsa dell'ISNA, hanno iniziato a comparire altri gruppi con una posizione di maggiore resistenza di fronte al sistema medico. Nel 1995, una madre

che aveva rifiutato la pressione medica ad assegnare come femmina il/la sux bebè intersessuale creò la *Ambiguous Genitalia Support Network*, che mette in contatto genitori di bambinx intersessuali e stimola lo sviluppo di relazioni epistolari di supporto. Nel 1996, un'altra madre che aveva rifiutato la pressione medica ad assegnare come femmina il/la sux bebè intersessuale tramite l'eliminazione del suo pene creò la *Hermaphrodite Educational and Listening Post* (HELP) allo scopo di fornire informazioni mediche e appoggio tra simili.

Tuttavia, nessuno di questi gruppi rivolti a genitori inquadra il proprio lavoro in termini apertamente politici. Nonostante questo contesto, l'azione e l'analisi politica proposte dall'ISNA non hanno smesso di influenzare anche i gruppi più strettamente definiti come assistenziali o diretti ai genitori. L'*LAIS Support Group*, attualmente il più rappresentativo poiché si rivolge sia alle persone adulte intersex che ai genitori, sottolineava in un recente forum di dibattito:

La nostra prima impressione dell'ISNA fu che erano forse troppo arrabbiatx ed erano troppo militanti per ottenere l'appoggio della professione medica. Tuttavia dobbiamo dire che, avendo letto [le analisi politiche dell'intersessualità realizzate dall'ISNA, Kessler, Fausto-Sterling e Holmes], sentiamo che i concetti femministi relativi al trattamento patriarcale dell'intersessualità sono estremamente interessanti e hanno decisamente senso. Dopotutto le vite delle persone intersessuali sono stigmatizzate per la disapprovazione culturale verso l'aspetto estetico dei loro genitali, [che non ha motivo] di influenzare la loro esperienza come esseri umani sessuali²⁷.

Attualmente hanno cominciato ad emergere altri gruppi più militanti. Nel 1994, intersessuali tedeschx hanno creato sia il *Workgroup on Violence in Pediatrics and Gynecology* che il *Genital Mutilation Survivors' Support Network*, e *Hijra Nippon* oggi rappresenta gli/le attivistx intersessuali in Giappone.

Al di fuori dalla ben piccola comunità di organizzazioni intersessuali, il lavoro dell'ISNA ha generato una complessa rete di alleanze e opposizioni. Activistx queer, in particolare activistx transgender, hanno dato incoraggiamento, consigli e appoggio logistico al movimento intersessuale. Il gruppo di azione diretta *Transsexual Menace* ha aiutato un gruppo ad hoc di militanti intersessuali che si sono denominatx *Hermaphrodites with Attitude* a pianificare e realizzare un presidio in occasione della riunione annuale del 1996 dell'*American Academy of Pediatrics* a Boston – il primo esempio registrato di protesta pubblica intersessuale nella storia moderna²⁸. L'ISNA è stata anche invitata a unirsi al *GenderPAC*, un coordinamento nazionale di organizzazioni transgender di recente creazione che lotta contro la discriminazione basata su espressioni atipiche corporee o di genere.

Anche organizzazioni politiche lesbiche e gay più istituzionalizzate come la *National Gay and Lesbian Task Force* hanno voluto includere i problemi delle persone intersessuali nelle loro agende politiche. Gruppi transgender e gay/lesbici hanno appoggiato ampiamente l'attivismo politico intersessuale, trovando similitudini nella medicalizzazione di queste diverse identità come una forma di controllo sociale, e (in particolare le persone transessuali) empatizzano con la nostra lotta per la difesa dell'autodeterminazione di fronte a un discorso medico che lavora per cancellare la nostra capacità di esercitare un consenso informato rispetto a ciò che accade al nostro corpo.

Comitati di gay/lesbiche e gruppi di interesse particolari all'interno delle associazioni professionali mediche sono stati particolarmente ricettivi alle rivendicazioni dell'ISNA. Un medico ha scritto nel forum di dibattito virtuale glb-medical:

L'effetto che mi hanno causato le mail di Cheryl Chase – ammettiamolo, dopo che ho superato lo shock – è stato di farmi rendere conto di QUELLO CHE PENSAVANO LE PERSONE CHE ERANO STATE TRATTATE. Questo conta molto. Come uomo gay, e semplicemente come persona, ho lottato per gran parte della mia vita adulta per trovare il mio vero io, per districare la confusione causata dalle supposizioni di altri su come io sono/ dovrei essere. Ma fortunatamente le loro decisioni non mi sono mai state imposte chirurgicamente!

Alcunx psicologx queer, a cominciare da Bill Byne dell'Hospital Mount Sinai di New York, hanno appoggiato da subito l'ISNA, in parte perché i principi psicologici che sono alla base degli attuali protocolli di trattamento intersessuale sono palesemente erranei. Sembrano designati quasi apposta per esacerbare più che per migliorare le già difficili questioni emotive che emergono dalla differenza sessuale. Alcunx di questx psicologi percepiscono il predominio chirurgico ed endocrinologico di un problema che perfino gli/le stessx chirurghx ed endocrinologx riconoscono come un problema più psicosociale che medico, come un'invasione ingiustificata della loro area di competenza professionale.

L'ISNA ha coltivato deliberatamente una rete di sostenitori/trici non intersessuali che possiedono un certo grado di legittimità sociale e possono parlare in contesti in cui voci intersessuali non autorevoli non sarebbero ascoltate. Dato che esiste una forte tendenza a screditare quello che le persone intersessuali dicono sull'intersessualità, è stata benvenuta una rappresentazione simpatizzante – in particolare che aiutasse le persone intersessuali a riformulare l'intersessualità in termini non medici.

Alcune accademiche della gender theory, critiche femministe della scienza, storiche mediche e antropologhe hanno capito e appoggiato rapidamente l'attivismo intersessuale. Anni prima dell'esistenza dell'ISNA la biologa femminista e sociologa della scienza Anne Fausto-Sterling aveva scritto di intersessualità in relazione alle pratiche scientifiche intellettualmente sospette che perpetuano il costruito maschilista del genere, e si è trasformata in una delle prime alleate dell'ISNA²⁹. Allo stesso modo, la psicologa sociale Suzanne Kessler aveva scritto una brillante etnografia dei chirurghi specializzati nel trattamento delle persone intersessuali. Dopo aver parlato con diversi "prodotti" della loro pratica, anch'essa si è convertita in un'importante sostenitrice dell'attivismo intersessuale³⁰. Particolarmente importante è stato l'appoggio della storica della scienza Alice Dreger, il cui lavoro si concentra non solo sull'ermafroditismo ma anche su altre forme di corporalità atipiche potenzialmente benigne che si trasformano in oggetti di intervento medico distruttivamente normalizzanti (gemelli siamesi, per esempio). Fausto-Sterling, Kessler e Dreger hanno pubblicato recentemente lavori che analizzano il trattamento medico dell'intersessualità come qualcosa di culturalmente motivato e lo criticano come dannoso per i suoi presunti pazienti³¹.

Le persone alleate che aiutano a contestare la medicalizzazione dell'intersessualità sono particolarmente importanti, poiché l'ISNA ha trovato quasi completamente infruttuoso tentare interazioni dirette e non conflittuali con gli/le specialistx medicx che determinano la politica sul trattamento dei/le bebé intersessuali e che nel concreto realizzano le operazioni chirurgiche. Joycelyn Elders, la prima direttrice della sanità dell'amministrazione Clinton, è un'endocrinologa pediatra con molti anni di esperienza nel trattamento dei/le bebé intersessuali ma, nonostante un approccio vagamente femminista alla cura sanitaria e le frequenti proposte dell'ISNA, ha preferito ignorare le problematiche delle stesse persone intersessuali³². Un altro pediatra ha affermato in una discussione su internet sull'intersessualità: "Mi pare che tutta questa questione sia ridicola... Suggestire che [le decisioni mediche sul trattamento delle condizioni intersessuali] siano in qualche modo crudeli o arbitrarie è insultante, ignorante e sbagliato... Diffondere le affermazioni che sta facendo [l'ISNA] è semplicemente errato e spero che questo [gruppo online di medici e scienziati] non le accetti ciecamente". Un altro partecipante alla stessa chat poneva quella che per lui era ovviamente una domanda retorica: "Chi è il nemico? Davvero non credo che sia il sistema medico. Siamo noi per caso a stabilire l'egemonia uomo/donna?". E se un chirurgo citato in un articolo del New York Times sull'ISNA ci ha screditato sommariamente come "fanatiche"³³, esiste una notevole mole di racconti aneddotici forniti da simpatizzanti dell'ISNA secondo cui le riunioni professionali nei campi della pediatria, urologia, chirurgia plastica genitale ed endocrinologia sono un vespaio di discussioni ansiose e che vertono sulla difensiva in relazione all'attivismo intersessuale. In risposta alle proteste di

Hermaphrodites with Attitude alla riunione dell'*American Academy of Pediatrics*, questa organizzazione si è sentita obbligata a inviare il seguente comunicato alla stampa: "L'Accademia è profondamente preoccupata dello sviluppo emozionale, cognitivo e dell'immagine corporea delle persone intersessuali e crede che una buona chirurgia genitale precoce minimizzi questi problemi". Si sono pianificate nuove proteste per il 1997.

Le radici della resistenza verso le affermazioni di verità delle persone intersessuali si radicano in profondità nel sistema medico. L'ISNA non critica solo i pregiudizi normativi che informano la maggior parte delle pratiche scientifiche, ma difende anche un protocollo di trattamento per i/le bebé intersessuali che sovverte le concezioni convenzionali della relazione tra corpi e generi. E ad un livello che minaccia più personalmente i professionisti medici, la posizione dell'ISNA sottintende che abbiano dedicato le loro carriere – incoscientemente nel migliore dei casi, tramite la negazione cosciente nel peggiore – a infliggere un profondo danno dal quale i/le loro pazienti non si riprenderanno mai completamente. La posizione dell'ISNA minaccia di distruggere i presupposti che motivano un'intera sottospecializzazione medica, e in questo modo compromette la realizzazione di quello che molti chirurghi considerano un lavoro tecnicamente difficile e affascinante. Melissa Hendricks fa notare che il Dr. Gearhart è conosciuto tra i suoi colleghi come un "artista" chirurgo, capace di "scolpire un grande fallo riducendolo a un clitoride" con abilità consumata³⁴. Più di un membro dell'ISNA ha scoperto che i chirurghi che hanno operato i loro genitali lo hanno fatto gratuitamente. La fascinazione che il sistema medico ha per il proprio stesso potere di cambiare il sesso e la spinta a "salvare" i genitori dei/le bebé intersessuali sono tanto forti che gli interventi eroici si ripartiscono senza rispondere al modello capitalista che di solito governa i servizi medici.

Date queste profonde ragioni, che si rafforzano a vicenda per opporsi alla posizione dell'ISNA, non è sorprendente che la stragrande maggioranza degli specialisti medici dell'intersessualità abbiano fatto orecchie da mercante alle nostre proteste. L'unica eccezione fino all'aprile del 1997 è stata l'urologa Justine Schober. Dopo avere visto un video dell'incontro dell'ISNA del 1996 e aver ricevuto altre informazioni da parte di HELP e dell'AIS Support Group, in un nuovo manuale di chirurgia pediatrica Schober suggerisce che se è vero che la tecnologia è avanzata al punto tale che "le nostre necessità [come chirurghx] e le necessità dei genitori di avere un bebé presentabile possono essere soddisfatte", è ora di riconoscere che esistono problemi che "noi come chirurghx... non possiamo trattare. Il successo nell'adattamento psicosociale è il vero obiettivo dell'assegnazione sessuale e della genitoplastia... La chirurgia fa in modo che genitori e dottori si sentano a loro agio, ma l'orientamento psicosociale fa in modo che anche il resto della gente si senta a proprio agio, e non è irreversibile"³⁵.

Se anche l'ISNA continuerà ad avvicinarsi al sistema medico con il fine di trovare un dialogo (e ad appoggiare le proteste di fronte alle porte chiuse dei medici che rifiutano di parlare), forse l'aspetto più importante delle nostre attività attuali è la lotta per cambiare la percezione pubblica. Utilizzando i media, internet e la nostra crescente rete di alleati e simpatizzanti per rendere la società cosciente della frequenza dell'intersessualità e dell'intensa sofferenza che ha causato il trattamento medico, cerchiamo di creare un contesto per cui nel momento in cui nasce un bébé intersessuale, i suoi genitori possano aver già sentito parlare del movimento intersex. Speriamo che questi genitori informati siano meglio preparati a resistere alla pressione medica per una chirurgia genitale non necessaria e per la segretezza, e che si dirigano verso un gruppo di appoggio e orientamento anziché verso una sala operatoria.

Femminismo del primo mondo, clitoridectomia africana e mutilazione genitale intersessuale

Come prima cosa dobbiamo localizzare e mettere in discussione la nostra stessa posizione tanto quanto mettiamo in discussione quella degli altri.

Salem Mekuria, "Female Genital Mutilation in Africa"



Le pratiche africane tradizionali che eliminano la clitoride e altre parti dei genitali delle donne sono state ultimamente oggetto di un'intensa copertura mediatica nell'attivismo femminista degli Stati Uniti e di altre società occidentali industrializzate. L'eufemismo *circoncisione femminile* è stato ampiamente sostituito dal termine politicizzato *mutilazione genitale femminile* (d'ora in poi MGF). Operazioni analoghe realizzate sulle persone intersessuali negli Stati Uniti non sono state oggetto di un'attenzione simile – di fatto, anzi, i tentativi di unire le due forme di estirpazione genitale hanno trovato vari tipi di resistenza. Esaminando come le femministe del primo mondo e i mezzi di comunicazione dominanti prendono in considerazione le pratiche africane tradizionali, e paragonando quel trattamento con le loro risposte alla

mutilazione genitale intersessuale (MGI) in nord America, si evidenziano alcune delle complesse interazioni tra ideologie di razza, genere, colonialismo e scienza che in maniera efficace mettono a tacere e invisibilizzano l'esperienza intersessuale nei contesti del primo mondo. La mutilazione dei genitali intersessuali si trasforma così in un ulteriore meccanismo occulto di imposizione della normalità sulla carne indisciplinata, un modo di contenere l'anarchia potenziale dei desideri e delle identificazioni all'interno di strutture oppressive eteronormative.

Nel 1994, il *New England Journal of Medicine* pubblicò un articolo sul danno fisico risultante dalla chirurgia genitale africana, insieme a un editoriale che denunciava la clitoridectomia come una violazione dei diritti umani, ma rifiutò di includere una replica redatta dall'antropologo medico dell'Università della California, Berkeley, Lawrence Cohen e da due membri dell'ISNA che raccontavano in dettaglio i danni causati dalle clitoridectomie medicalizzate negli Stati Uniti³⁶. In risposta alla crescente attenzione mediatica, il Congresso approvò l'Atto Federale di Proibizione della Mutilazione Genitale Femminile nell'ottobre 1996, ma l'atto esimeva specificatamente le clitoridectomie medicalizzate, come quelle realizzate per la "correzione" dei corpi intersessuali. L'autrice principale della legge, la ex congressista Patricia Schroeder, ricevette e ignorò molte lettere di membri dell'ISNA e della professoressa di Scienza Medica dell'Università di Brown, Anne Fausto-Sterling, che le chiedevano di riformulare i termini della legge. L'editorialista del *Boston Globe* Ellen Goodman è una delle poche giornaliste che si è occupata della MGF africana e che ha risposto all'ISNA. "Devo ammettere che non ero al corrente della vostra situazione", mi scrisse nel 1994, "ammiro il vostro coraggio". Tuttavia continuò a dibattere regolarmente della MGF africana nella sua rubrica senza mai menzionare le pratiche simili che avvengono negli Stati Uniti. Uno dei suoi articoli sulla MGF di ottobre 1995 aveva un titolo promettente, "non vogliamo credere che questo avvenga anche qui", ma discuteva soltanto delle persone provenienti da paesi del terzo mondo migrate negli Stati Uniti, che realizzavano clitoridectomie alle loro figlie mantenendo le pratiche delle loro culture native.

Mentre le donne migranti africane clitoridectomizzate attiviste anti-MGF negli Stati Uniti sono state ricettive alle rivendicazioni delle persone intersessuali contrarie alle clitoridectomie medicalizzate e sono in dialogo con noi, le femministe del primo mondo e le organizzazioni che si occupano di MGF africana ci hanno ignorato totalmente. Che io sappia, solo due dei molti gruppi anti-MGF contattati hanno risposto alle ripetute proposte delle/gli attivix intersessuali. Fran Hosken, che dal 1982 ha pubblicato regolarmente un catalogo di statistiche sulla mutilazione genitale femminile nel mondo, mi scrisse una breve nota che diceva "non siamo interessati alle eccezioni biologiche"³⁷. *Forward International*, un'altra organizzazione anti-MGF, rispose a una lettera dell'intersessuale tedesca Heike Spreitzer che la sua richiesta era "estremamente interessante" ma che loro non la potevano aiutare

perché il loro lavoro si concentrava solo sulla “mutilazione genitale femminile che è realizzata come pratica tradizionale o culturale dannosa su bambine piccole”. Come dimostra la risposta di *Forward International* a Spreitzer, molte attiviste anti-MGF del primo mondo ritengono che gli/le africanx abbiano “pratiche culturali o tradizionali dannose”, mentre noi nell’occidente industrializzato moderno avremmo presumibilmente qualcosa di meglio. Noi abbiamo la scienza, che si situa con le metanarrazioni dell’Illuminismo, del progresso e della verità. La mutilazione genitale è condonata nella misura in cui sostiene queste autoconcezioni culturali.

Robin Morgan e Gloria Steinem stabilirono il tono delle successive analisi femministe del primo mondo sulla MGF con il loro dirompente articolo nel numero del marzo 1980 della rivista *Ms.*, “The international crime of genital mutilation”³⁸. Un’avvertenza negativa: “Queste parole risultano dolorose da leggere. Descrivono fatti della vita che vanno talmente lontano da coincidere con i peggiori dei nostri incubi – ma che sono tanto vicini quanto qualunque negazione della libertà sessuale delle donne”. Alle lettrici di *Ms.*, che le editrici immaginano sia più probabile sperimentino il dolore della mutilazione genitale tra le pagine della loro rivista che tra le proprie cosce, la clitoridectomia viene presentata come un fatto di vita estraneo, la cui principale rilevanza per chi legge è che esemplifica una perdita di “libertà”, il possesso più celebrato del soggetto liberale occidentale.

L’articolo presenta una fotografia di una bambina africana con le gambe aperte tenute dal braccio di una donna che non si vede alla sua destra. Alla sua sinistra vi è la mano della matrona che tiene la lama del rasoio con cui ha appena realizzato una clitoridectomia rituale. Il volto della bambina – la bocca aperta, gli occhi spalancati – è una maschera di dolore.

In più di 15 anni di copertura mediatica, le immagini occidentali delle pratiche africane sono rimaste praticamente le stesse. “Gli/le americanx hanno fatto un’orribile scoperta quest’anno”, annunciava sobriamente ai suoi lettori e alle sue lettrici la rivista *Life* nel gennaio 1997 mentre pubblicava una foto apribile a due pagine di una bambina keniota tenuta da dietro mentre delle mani invisibili le mutilavano i genitali³⁹. Il premio Pulitzer di fotografia del 1996 immortalava un altro ritratto di una clitoridectomia keniota⁴⁰. E sulla scia della vittoriosa richiesta di asilo di Fauziya Kassindja negli Stati Uniti, che era riuscita a sfuggire a una clitoridectomia nel Togo, il numero di immagini di MGF disponibili dal suo paese si è impennato⁴¹.

Tutte queste rappresentazioni contribuiscono ad accentuare un senso di estraneità della clitoridectomia africana, che contribuisce al silenzio che avvolge pratiche simili medicalizzate realizzate nell’occidente industrializzato. La “loro” mutilazione genitale è un rituale barbaro; la “nostra” è scientifica. La loro sfregia; la nostra normalizza ciò che è deviante. Le implicazioni colonialiste di queste rappresentazioni

della mutilazione genitale appaiono ancora più esplicite quando le immagini delle operazioni chirurgiche intersessuali si sovrappongono con immagini della MGF africana. I libri medici che descrivono come realizzare una chirurgia clitoridea su bébé intersessuali bianchx nordamericanx sono quasi sempre accompagnati da illustrazioni di primi piani radicali dei genitali, che disconnettono i genitali non solo dalla persona intersessuale individuale ma anche dallo stesso corpo. Le immagini con il corpo intero hanno sempre gli occhi coperti. Perché si ritiene necessario coprire gli occhi delle bambine nordamericane clitoridectomizzate – preservando in questo modo un frammento della loro privacy e contribuendo a evitare che chi osserva si identifichi con l'immagine abietta – ma non gli occhi delle bambine africane clitoridectomizzate nelle pagine delle riviste americane?⁴²

Il discorso delle femministe del primo mondo situa la clitoridectomia non solo “in un altro luogo”, in Africa, ma anche “in un altro tempo”. Un recente articolo dell'*Atlantic Monthly* sulla clitoridectomia africana affermava che “la professione medica americana ha smesso di realizzare clitoridectomie da decenni” e da allora la rivista ha sempre declinato di pubblicare una lettera dell'ISNA alla redazione che smentisce questa affermazione⁴³. Le pubblicazioni accademiche sono propense a quest'attitudine tanto quanto la stampa popolare. Nella recente antologia *Deviant Bodies*, i “Teatri della pazzia” dell'artista visuale Susan Jahoda sovrappongono materiali del secolo XIX° e XX° che rappresentano “la reciproca dipendenza concettuale della sessualità, la riproduzione, la vita familiare e i disturbi femminili”⁴⁴. Per rappresentare pratiche di clitoridectomia medica del ventesimo secolo, Jahoda



cita una lettera pubblicata sulla rivista *Ms.* nel luglio 1980 in risposta a Morgan e Steinem. L'autrice della lettera, un'assistente sanitaria in un ospedale geriatrico, racconta di essere rimasta sorpresa dalle strane cicatrici che vide nei genitali di cinque delle quaranta donne alle sue cure: “Poi lessi il vostro articolo... Dio mio! Perché? Chi ha deciso di negar loro l'orgasmo? Chi ha deciso che passassero per un tale processo? Voglio saperlo. Era di moda? O era per correggere una “condizione”? Mi piacerebbe sapere che criterio utilizzava questo paese che si dice civilizzato per un procedimento del genere. E fino a che punto è diffuso qui negli Stati Uniti?” (Lettera all'editore, 1980). Benché l'estratto di Jahoda di questa lettera affronti il tema delle clitoridectomie medicalizzate statunitensi, situa in maniera sicura la mutilazione genitale nel passato, come qualcosa che si sperimentava molto tempo fa su donne che oggi sono nelle ultime fasi della loro vita.

Jahoda spreca letteralmente un'eccellente opportunità per dire qualcosa sulla pratica della clitoridectomia negli Stati Uniti contemporanei. Due mesi prima, nel numero di aprile 1980 di *Ms.*, anche le biologhe femministe Ruth Hubbard e Patricia Farnes avevano risposto a Morgan e Steinem:

Vogliamo richiamare l'attenzione delle vostre lettrici sulla pratica della clitoridectomia nel solo nel Terzo Mondo... ma proprio qui negli Stati Uniti, dove si pratica come parte di un procedimento per "riparare" mediante "chirurgia plastica" le cosiddette ambiguità genitali. Poche persone si rendono conto che questo procedimento ha implicato in maniera abituale l'eliminazione completa del clitoride e delle sue terminazioni nervose – in altre parole, la clitoridectomia totale... In un esteso articolo [l'esperto di intersessualità della Johns Hopkins, John] Money e due colleghi hanno scritto che "una bambina di tre anni sul punto di venire clitoridectomizzata... dovrebbe essere ben informata che i medici stanno facendo in modo che il suo aspetto sia uguale a quello di tutte le altre bambine e donne", il che non è diverso da quanto frequentemente viene detto alle ragazze africane sulle loro clitoridectomie... Ma fino ad oggi né Money né i suoi critici hanno approfondito gli effetti delle clitoridectomie sullo sviluppo delle bambine. Ci si può aspettare con certezza che questo avrà effetti importanti sul loro sviluppo psicosessuale e sui loro sentimenti di identità come giovani donne⁴⁵.

Mentre il consueto resoconto femminista scritto da Farnes e Hubbard sulla clitoridectomia medicalizzata degli Stati Uniti contemporanei è scomparso senza lasciare traccia, vi è stata un'esplosione di lavori che mantengono la clitoridectomia "domestica" a distanza di sicurezza. Queste concettualizzazioni della lontananza culturale, geografica e temporale della clitoridectomia permettono che l'indignazione femminista del primo mondo si canalizzi in un'intromissione potenzialmente colonialista nelle questioni sociali di altrx, mentre allo stesso tempo si ostacola il lavoro per la giustizia sociale a casa propria⁴⁶.

Il femminismo rappresenta sé stesso come interessato a smascherare il silenzio che avvolge la violenza contro le donne. La maggioranza dei trattamenti medici verso persone intersessuali costituisce una forma di violenza basata su una svalutazione sessista del dolore delle donne e della sessualità delle donne. I medici considerano la prospettiva di crescere come un ragazzo con un pene piccolo un'alternativa peggiore di quella di crescere come una ragazza senza clitoride né ovaie; di conseguenza generalizzano i corpi intersessuali e li mutilano per fare in modo che i generi assegnati confermino le norme culturali di corporeità. Questi interventi medici trasformano molti corpi trasgressori⁴⁷ in altri che possano essere etichettati in maniera sicura come donne, e quindi sottomessi alle multiple forme di controllo

sociale a cui devono rispondere le donne. Perché allora la maggior parte delle femministe del primo mondo respingono le persone intersessuali con uno sguardo di incomprensione?

Le persone intersessuali hanno incontrato molte difficoltà a trovare appoggio da parte del femminismo egemonico non solo a causa dei discorsi razzisti e colonialisti che inquadrano la clitoridectomia come una pratica estranea ai soggetti civili del primo mondo, ma anche perché l'intersessualità mina la stabilità della categoria "donna" sulla quale poggia gran parte del discorso femminista del primo mondo. La nostra esistenza mette in discussione la presunta relazione tra generi e corpi e dimostra come alcuni corpi non rientrino facilmente nella dicotomia uomo/donna.

Noi incarniamo visceralmente la verità dell'affermazione di Judith Butler secondo cui il "sesso", il concetto che realizza la materializzazione e naturalizzazione delle differenze culturalmente costruite e attraversate dal potere, è di fatto "sempre stato genere"⁴⁸. Rifiutando di rimanere in silenzio, rendiamo *queer* i fondamenti dai quali dipende non solo il trattamento medico dei corpi ma anche gli assunti femministi ampiamente condivisi sulla soggettività femminile dalla corporeità appropriata. Nella misura in cui non siamo normativamente femminili o normativamente donne, non siamo considerate i soggetti propri/appropriati del femminismo.

Come soggetti non desiderati della scienza e soggetti impropri/inappropriati del femminismo, noi attiviste intersessuali politicizzate abbiamo un profondo interesse nell'allearci e nel prendere parte al lavoro culturale portato avanti in ambito post-strutturalista, che evidenzia gli assunti fondativi sulla persona condivisi dalla società dominante, dal femminismo convenzionale e da molti altri movimenti sociali di opposizione con base identitaria. Ci interessano, anche, gli sforzi delle persone *genderqueer* che scolpiscono spazi sociali vivibili per forme riconfigurate di corporeità, identità e desiderio. Nel 1990, Suzanne Kessler ha evidenziato che "le possibilità di trasformazione sociale reale sarebbero illimitate" se medicx e scienziatx specializatx nel trattamento del genere riconoscessero che "in ultima istanza, le persone costruiscono il genere tanto quanto i sistemi sociali che si assestano su concetti generalizzati... Accettare l'ambiguità genitale come un'opzione naturale implicherebbe che i medici riconoscessero anche che l'ambiguità genitale viene "corretta" non perché minaccia la vita del/la bambinx ma perché minaccia la cultura del/la bambinx"⁴⁹. A quel tempo, non si era ancora sentito parlare di persone intersessuali e non c'era motivo di pensare che medicx e altri membri della loro cultura avrebbero mai riflettuto sul significato o sull'effetto di ciò che stavano facendo. L'emergere di un'opposizione intersessuale attivista sta cambiando tutto questo.

NOTE

1. Migeon, Berkovitz e Brown, 1994, pp. 573-715
2. Fausto-Sterling, 2000.
3. Butler, 1990; Laqueur, 1990.
4. Kessler e McKenna, 1978.
5. Dreger, 1995a, 1995b, 336-70; 1997a, 46-66; 1997b, 15-22
6. Young, 1937: XXXIX-XI
7. Young, 1937: 139-42
8. Jones Jr. e Scott, 1958: 269
9. Money, Hampson, 1955a: 301-19; 1955b: 284-300; Money, 1986
10. Bizzard, 1994, in Kappy et al: xi-xiv
11. Kessler, 1990: 3-26
12. Dewhurst e Grant, 1984: 1191-94; Natarajan, 1996: 568-570; Mazur, 1983: 417-422; Slijper et al., 1994: 9-17
13. Edgerton, 1993: 956
14. Hendricks, 1993: 10-16
15. Stecker et al., 1981: 539-44
16. McClintock, 1997: 53-54
17. Gross, Randolph e Crigler, 1966: 300-08
18. Riferimento al famoso libro "Our Bodies, Ourselves", pubblicato dal movimento femminista nel 1970, su tematiche relative alla salute e alla sessualità delle donne [ndt].
19. Triea, 1994; Stryker, 1994: 237-54
20. Feinberg, 1992 e 1993
21. Butler, 1990 e 1993; Laqueur 1990; Epstein e Straub, 1991
22. Holmes, 1994
23. Stone, 1991; 296
24. Questo testo è datato, infatti l'ISNA ha cessato le attività nel 2008. Il sito è ancora attivo come archivio storico. Il lavoro dell'associazione prosegue oggi con il gruppo interACT: Advocates for Intersex Youth (<http://interactadvocates.org/>) [ndt].
25. Kessler, 1998
26. Jeffs, 1996: 6-8
27. AIS Support Group, 1996: 3-4
28. Barry, 1996
29. Fausto-Sterling, 1985; 1993: 20-25
30. Kessler, 1997: 33-38
31. Fausto-Sterling, 2000; Kessler, 1998 e Dreger, 2001
32. "Dr. Elders' Medical History, 1994; Elders e Chanoff, 1996
33. Angier, 1996: E14
34. Hendricks, 1993
35. Schober, 1998.
36. Schroeder, 1994; 739-40; Toubia, 1994: 712-716
37. Hosken, 1994.
38. Morgan e Steinem, 1980: 65-67.
39. Furrer, 1997: 38-39.
40. Premio Pulitzer, 1996
41. Dugger, 1996a e 1996b; Furrer, 1997.
42. Dugger, 1996a; Mekuria, 1995.
43. Bustyn, 1995: 28-35.
44. Jahoda, 1995: 251-276.
45. Hubbard e Farnes, 1980: 9-10.
46. Dawit e Mekuria, 1993: A27.
47. In castigliano "transgresor" può significare trasgressore, colpevole, ma anche trans, transgender [ndt].
48. Butler, 1990: 8.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AIS Support Group, *Letter to America*, ALIAS, primavera 1996.
- Angier Natalie, *Intersexual Healing: An Anomaly Finds a Group*, New York Times, 4 febbraio 1996.
- Barry Ellen, *United States of Ambiguity*, Boston Phoenix, 22 novembre 1996.
- Burstyn Linda, *Female Circumcision Comes to America*, Atlantic Monthly, ottobre 1995.
- Butler Judith, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York, Routledge, 1990 [ediz. italiana: *Questione di genere. Il femminismo e la sovversione dell'identità*, Laterza, 2013].
- Butler Judith, *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*, New York, Routledge, 1993 [ediz. italiana: *Corpi che cantano. I limiti discorsivi del "Sesso"*, Feltrinelli, 1996].
- Dawit Seble e Mekuria Salem, *The West Just Doesn't Get It*, New York Times, 7 dicembre 1993.
- Dewhurst J. e Grant D.B., *Intersex Problems*, Archives of Disease in Childhood, num.59, 1984. Dr. Elders' Medical History, New Yorker, 26 settembre 1994.
- Dreger Alice Domurat, *Doubtful Sex: Cases and Concepts of Hermaphroditism in France and Britain, 1868-1915* (tesi dottorale), Indiana University, 1995 (a).
- Dreger Alice Domurat, *Doubtful Sex: Cases and Concepts of Hermaphroditism in Victorian Medicine*, Victorian Studies, primavera 1995 (b).
- Dreger Alice Domurat, *Hermaphrodites in Love: the Truth of the Gonads, Science and Homosexualities*, ed. Vernon Rosario, New York, Routledge, 1997 (a).
- Dreger Alice Domurat, *Doctors Containing Hermaphrodites: The Victorian Legacy*, Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities, autunno 1997 (b).
- Dreger Alice Domurat, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 2001.
- Dugger Celia, *U.S. Grants Asylum to Woman Fleeing Genital Mutilation Rite*, New York Times, 14 giugno 1996 (a).
- Dugger Celia, *New Law Bans Genital Cutting in the United States*, New York Times, 12 ottobre 1996 (b).
- Edgerton Milton T., *Discusión: Clitoroplasty for Clitoromegaly due to Adrenogenital Syndrome Without Loss of Sensitivity* (di Nobuyuki Sagehashi), Plastic and Reconstructive Surgery, num. 91, 1993.
- Elders Joycelyng e Chanoff David, *From Sharecropper's Daughter to Surgeon General of the United States of America*, New York, William Morrow, 1996.
- Epstein Julia e Straub Kristina (eds.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, New York, Routledge, 1991.
- Fausto-Sterling Anne, *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*, 2ª ed., New York, Basic Books, 1985.
- Fausto-Sterling Anne, *The Five Sexes: Why Male and Female are not enough*, The Sciences 33, n.2, marzo/aprile 1993.
- Fausto-Sterling Anne, *Sexing the Body*, New York, Basic Books, 2000.
- Feinberg Leslie, *Stone Butch Blues*, Ithaca (N.Y.), Firebrand, 1993 [ediz. italiana: *Stone Butch Blues*, Il Dito e la Luna, 2016]
- Feinberg Leslie, *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*, New York, World View Forum, 1992.
- Furrer Mariella, *Ritual Agony*, Life, gennaio 1997.
- Gross Robert E.; Randolph Judson e Crigler John F., *Clitorectomy for Sexual Abnormalities: Indications and Technique*, Surgery, num. 59, 1966.
- Hendricks Melissa, *Is it a Boy or a Girl?*, Johns Hopkins Magazine, novembre 1993.
- Holmes Morgan, *Medical Politics and Cultural Imperatives: Intersexuality Beyond Pathology and Erasure*, tesi di master, York University, Toronto, 1994.
- Hosken Fran P., *The Hosken Report: Genital/Sexual Mutilation of Females*, 4th ed., Lexington (Mass.), WIN News, 1994.
- Hubbard Ruth e Farnes Patricia, *lettera all'editore*, Ms., aprile 1980.
- Jahoda Susan, *Theatres of Madness*, Deviant Bodies, ed. Jennifer Terry e Jacqueline Urla, Bloomington, Indiana University Press, 1995.
- Jeffs Robert, citato in Ellen Barry, *United States of Ambiguity*, Boston Phoenix, 22 novembre 1996, pp. 6-8.

- Jones Jr., Howard W. e Wallace Scott William, *Hermaphroditism, Genital Anomalies and Related Endocrine Disorders*, Baltimore, Williams e Wilkins, 1958.
- Kappy S., Buzzard Robert M. e Migeon Claude J., (ed.), *Wilkins: The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*, in Springfield, III, Charles C. Thomas, 1994.
- Kessler Suzanne e McKenna Wendy, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, New York, John Wiley and Sons, 1994.
- Kessler Suzanne, *The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexual Infants*, Signs: Journal of Women in Culture and Society, num. 16, 1990.
- Kessler Suzanne, *Meaning of Gender Variability*, Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities, autunno 1997.
- Kessler Suzanne, *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick (N.J.) - New York - Londra, Rutgers University Press, 1998.
- Laqueur Thomas, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1990 [ediz. italiana: L'identità sessuale dai greci a Freud, Laterza, 1992].
- Mazur Tom, *Ambiguous Genitalia: Detection and Counseling*, Pediatric Nursing, 1983.
- McClintock Jeff, *Growing Up in the Surgical Maelstrom*, Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities, autunno 1997.
- Mekuria Salem, *Female Genital Mutilation in Africa: Some African Views*, Association of Concerned African Scholars Bulletin, inverno/primavera 1995.
- Migeon Claude J., Berkovitz Gary D. e Brown Terry R., *Sexual Differentiation and Ambiguity*, in Michael S. Kappy, Robert M. Blizzard e Claude J. Migeon (ed.), *Wilkins: The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*, in Springfield, III, Charles C. Thomas, 1994.
- Money John, Hampson Joan G. e Hampson John L., *An Examination of Some Basic Sexual Concepts: The Evidence of Human Hermaphroditism*, Bulletin of the Johns Hopkins Hospital num. 97, 1995a.
- Money John, Hampson Joan G. e Hampson John L., *Hermaphroditism: Recommendations Concerning Assignment of Sex, Change of Sex, and Psychologic Management*, Bulletin of Johns Hopkins Hospital, num. 97, 1955b.
- Money John, *Venuses Penuses*, Buffalo, Prometheus, 1986.
- Morgan Robin e Steinem Gloria, *The International Crime of Genital Mutilation*, Ms., marzo 1980.
- Natarajan Anita, *Medical Ethics and Truth-Telling in the Case of Androgen Insensitivity Syndrome*, Canadian Medical Association Journal, num. 154, 1996.
- Oesterling Joseph E., Gearhart John P. e Jeffs Robert D., *A Unified Approach to Early Reconstructive Surgery of the Child with Ambiguous Genitalia*, Journal of Urology, num. 138, 1987.
- Pulitzer Premio, *Feature Photography: Stephanie Welsh*, 1996.
- Raman-Wilms, Lalitha et all., *Fetal Genital Effects of First-Trimester Sex Hormone Exposure: A Meta-Analysis*, Obstetrics and Gynecology, num. 85, 1995, pp. 141-48.
- Schober Justine M., *Long Term Outcome of Feminizing Genitoplasty for Intersex*, in Pierre Mouriquant (ed.), *Pediatric Surgery and Urology: Long Term Outcomes*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1998.
- Schroeder Patricia, *Female Genital Mutilation*, New England Journal of Medicine, num. 331, 1994.
- Slijper F.M.E. et allii, *Neonates with Abnormal Genital Development Assigned the Female Sex: Parent Counseling*, Journal of Sex Education and Therapy, num. 20, 1994.
- Stecker John F. et allii, *Hypospadias Cripples*, *Urologic Clinics of North America: Symposium on Hypospadias*, num. 8, 1981.
- Stone Sandy, *The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*, in Epstein Julia e Straub, Kristina (eds.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, New York, Routledge, 1991 [ediz. italiana: Sandy Stone, L' "Impero" colpisce ancora: un manifesto post-transessuale, in Elisa A.G. Arfini, Cristian Lo Iacono, *Canone Inverso. Antologia di teoria queer*, ETS, 2012].
- Stryker Susan, *My Words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage*, GLQ num. 1, 1994, pp. 237-54.
- Toubia Nahid, *Female Circumcision as a Public Health Issue*, New England Journal of Medicine, num. 31, 1994.
- Tria Kira, *The Awakening, Hermaphrodites with Attitude*, inverno 1994.
- Young Hugh Hampton, *Genital Abnormalities, Hermaphroditism and Related Adrenal Diseases*, Baltimore, Williams e Wilkins, 1937.

PER APPROFONDIRE

PAGINE WEB IN LINGUA ITALIANA

<http://www.aisia.org/tag/intersex/>
<https://www.intersexioni.it/>
<http://www.intersexesiste.com/il-progetto/>
<http://oii-italia.org/>
<https://www.facebook.com/GruppoIntersexArcigayMilano/>

FILMOGRAFIA

Documentari:

Die Katze wäre lieber ein Vogel di Melanie Jilg, Germania, 2016, 55 min.
Entre deux sexes di Régine Abadia, Francia, 2017, 60 min.
Erik(A) di Kurt Mayer, Germania, 2005, 83 min.
Gender Queer: Qu'est-ce c'est? di Del LaGrace Volcano, 2005, 5:41 min.
Herma XXY L'intersexuation di Mélanie Pelletier Poirier, 2014, 51 min.
Hermaphrodites Speak! USA, 1997, 30 min.
Intersex: redefining sex, CityTV of Toronto, 2000, 23:32 min.
Intersexion di Grant Lahood, USA, 2012, 45 min.
Is it a Boy or a Girl? Discovery Channel, March 26, 2000.
Mami y Yo y Mi Gallito/ Mom and Me and My Little Rooster di Arisleyda Dilone, USA, 2015, 17 min.
Ni d'Ève, ni d'Adam. Une histoire intersexe, di Florian Devigne, Francia e Svizzera, 2018, 58 min.
No Gender! The Queer Life of an Intersex Manga Artist, di Shogo Watanabe, 2018, 104 min.
One in two Thousand di Ajae Clearway, USA, 2007, 26 min.
Ordre des mots di Cynthia Arra e Melissa Arra, Francia, 2007, 75 min.
Orchids: my Intersex Adventure di Phoebe Hart, Australia, 2010.
Sidney & Friends di Tristan Aitchison, UK, 2018.
Tintenfisalarm/Octopus Alarm/Alerte à la pieuvre di Alex Jurgen, Austria, 2006, 107 min.
The Son I Never Had: Growing up Intersex di Pidgeon Pagonis, USA, 2014, 27 min.
Third Person di Sharon Luzon, Israel, 2015, 54 min.
Yellow for Hermaphrodites: Mani's Story di John Keir, Nuova Zelanda, 2002. Visibile qui.
XXXY di Porter Gale and Laleh Soomekh, Berkeley, CA: Berkeley Media, USA 2000, 12:50 min.
Weder Frau noch Mann? documentario per la TV austriaca ORF2, 2017, 47:22 min.

Finzione:

Arianna di Carlo Lavagna, Italia, 2015, 83 min.
Both di Lisset Barcellos, USA-Canada-Peru, 2005, 86 min.
Hermes & Aphrodite di Gregor Zootzky, Germania, 2013, 10 min.
Le Mystère Alexina, di René Féret, Francia, 1985, 81 min.
El ultimo verano de la boyita/L'ultima estate alla boyita di Julia Solomonoff, Argentina, 2009.
Predestination di Michael Spierig e Peter Spierig, Australia, 2014, 98 min.

Spork di JB Ghuman Jr., USA, 2011, 86 min.
Tintomara di Hans Abramson, Svezia-Danimarca, 1970.
XXY di Lucia Puenzo, Argentina-Spagna, 2007, 91 min.

BIBLIOGRAFIA IN LINGUA ITALIANA

Saggi:

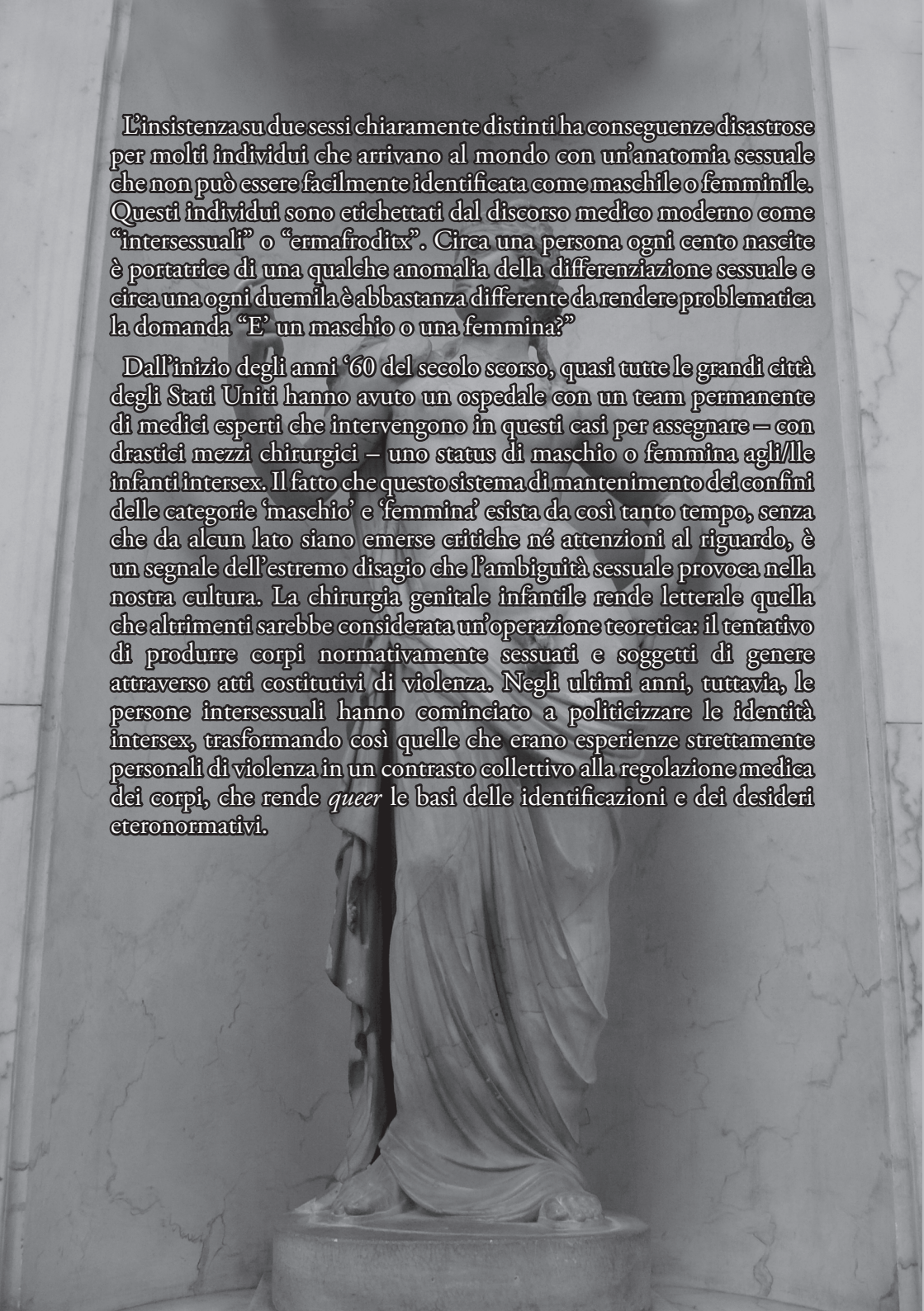
-Baird Vanessa, *Le diversità sessuali*, Carocci, 2003.
-M. Balocchi (a cura di), *Intersex. Antologia Multidisciplinare*, ETS, 2019.
-Crocetti Daniela, *L'invisibile intersex. Storie di corpi medicalizzati*, ETS, 2013.
-Scarlino Luca, *Ermafroditi. Chimere e prodigi del corpo tra storia, cultura e mito*, Carocci, 2015
-Virgili Elisa, *Ermafroditi*, Mimesis, 2013.
-Virgili Elisa, *Olimpiadi. L'imposizione di un sesso*, Mimesis, 2012.

Articoli:

-M. Balocchi – E. Botteggi, “Dignità delle persone e autodeterminazione: oltre i confini del binarismo di sesso/genere”, in *DWF: tutta salute! Resistenze (trans)femministe e queer*, (eds. B. Busi – O. Fiorilli), n.103/104, 2015.
-M. Balocchi, “*Intersex. Dall'ermafroditismo ai 'disturbi dello sviluppo sessuale'*”, in Zaprueder. *Il nome della cosa. Classificare, schedare, discriminare*, n. 29, Sep-Dec. 2012, 76-84.
-M. Balocchi, *Sugli Atti del Convegno L'intersessualità nella Società Italiana*, Regione Toscana, Marzo 2015 [online: <https://www.intersexioni.it/atti-del-convegno-lintersessualita-nella-societa-italiana/>]

Romanzi:

-Anonimo, *L'isola degli Ermafroditi*, Il Melangolo, 2007.
-Eugenides Jeffrey, *Middlesex*, Mondadori, 2017.
-Tarttelin Abigail, *Golden Boy*, Mondadori, 2014.



L'insistenza su due sessi chiaramente distinti ha conseguenze disastrose per molti individui che arrivano al mondo con un'anatomia sessuale che non può essere facilmente identificata come maschile o femminile. Questi individui sono etichettati dal discorso medico moderno come "intersessuali" o "ermafroditx". Circa una persona ogni cento nascite è portatrice di una qualche anomalia della differenziazione sessuale e circa una ogni duemila è abbastanza differente da rendere problematica la domanda "E' un maschio o una femmina?"

Dall'inizio degli anni '60 del secolo scorso, quasi tutte le grandi città degli Stati Uniti hanno avuto un ospedale con un team permanente di medici esperti che intervengono in questi casi per assegnare – con drastici mezzi chirurgici – uno status di maschio o femmina agli/le infanti intersex. Il fatto che questo sistema di mantenimento dei confini delle categorie 'maschio' e 'femmina' esista da così tanto tempo, senza che da alcun lato siano emerse critiche né attenzioni al riguardo, è un segnale dell'estremo disagio che l'ambiguità sessuale provoca nella nostra cultura. La chirurgia genitale infantile rende letterale quella che altrimenti sarebbe considerata un'operazione teoretica: il tentativo di produrre corpi normativamente sessuati e soggetti di genere attraverso atti costitutivi di violenza. Negli ultimi anni, tuttavia, le persone intersessuali hanno cominciato a politicizzare le identità intersex, trasformando così quelle che erano esperienze strettamente personali di violenza in un contrasto collettivo alla regolazione medica dei corpi, che rende *queer* le basi delle identificazioni e dei desideri eteronormativi.