



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Desiderio di genitorialità delle persone Trans* e Non Binarie: uno studio qualitativo

NICOLA CARONE

CORRELATORE:
FRANCESCA LOCATI

Tesi di Laurea di
Francesco Caroppi
526074

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT

Capitolo 1°

1. DISFORIA DI GENERE: UNO SGUARDO SULL'ARGOMENTO

- 1.1 Inquadramento terminologico
- 1.2 Caratteristiche diagnostiche e prevalenza
- 1.3 Manifestazioni estetiche e comportamentali
- 1.4 Comorbilità e diagnosi differenziale
- 1.5 L'immagine corporea nella disforia di genere
- 1.6 Sviluppo dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza

Capitolo 2°

2. GENITORIALITÀ DELLE PERSONE TRANSGENDER E NON BINARIE

- 2.1 La genitorialità da un punto di vista giuridico
- 2.2 Genitorialità biologica delle persone transgender e non binarie
- 2.3 Il ruolo del counseling preventivo
- 2.4 Procedure per contrastare la sterilità
- 2.5 Attitudini verso le tecniche di preservazione della fertilità
- 2.6 Casi di gestazione medicalmente assistita

Capitolo 3°

3. ESSERE GENITORI

- 3.1 Appellativi e soprannomi per i genitori
- 3.2 Una cultura queer: crescere con genitori e figure di riferimento trans* e non binarie
- 3.3 Educare: tra aspettative e valori
- 3.4 L'approccio ad asili nido, scuole e istituzioni
- 3.5 Scuola materna e primaria: i rapporti con le strutture cis-etero normate
- 3.6 Esperienze con uffici, amministrazioni pubbliche e istituzioni

Capitolo 4°

4. **DESIDERIO DI GENITORIALITÀ IN PERSONE TRANSGENDER E NON BINARIE: UNO STUDIO QUALITATIVO**

4.1. Il disegno di ricerca	
4.2. Le fasi	
4.3 I partecipanti	
4.4 Gli strumenti	
4.5 L'analisi tematica	
4.6 Le fasi del metodo qualitativo secondo Braun e Clarke	
4.7 Il procedimento applicato	

Capitolo 5°

5. **I RISULTATI: ANALISI QUALITATIVA**

5.1 L'influenza del contesto culturale e degli atteggiamenti sociali sull'intenzione o sul desiderio di avere figli	
5.1.1 Pressione sociale	
5.1.2 Ambiente Queer	
5.1.3 Esclusività e stereotipi	
5.1.4 Esperienza personale	
5.2 Gli aspetti unici dell'esperienza della genitorialità per le persone transgender e/o non binary	
5.2.1 Apertura mentale e libertà di espressione	
5.2.2 Rottura degli stereotipi di genere	
5.2.3 Consapevolezza e sensibilità verso la diversità	
5.2.4 Esperienza personale e doppia prospettiva	
5.2.5 Educazione e influenza sociale	
5.3 Le sfide e/o difficoltà per le persone transgender e/o non binary nel diventare genitore	
5.3.1 Paura della discriminazione e dei pregiudizi	
5.3.2 Sfide legali e burocratiche	
5.3.3 Influenza della società e dell'ambiente esterno	
5.3.4 Supporto psicologico e difficoltà mediche	
5.3.5 Ostacoli nei percorsi di adozione e concezione	

Capitolo 6°

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

6.1 Discussione dei risultati

6.2 Punti di forza dell'analisi

6.3 I limiti dell'analisi

6.4 Prospettive future dell'analisi

BIBLIOGRAFIA

ABSTRACT

Questa tesi esplora la complessità della **disforia di genere** e le **esperienze di genitorialità** tra le persone **transgender** e **non binarie**. Attraverso un'analisi approfondita delle terminologie e delle caratteristiche diagnostiche associate alla disforia di genere, il lavoro evidenzia le **sfide** e le **esperienze** vissute da queste persone. La ricerca si concentra anche sulla genitorialità, esaminando gli aspetti legali, biologici e psicologici, e discutendo l'importanza del **counseling preventivo** e delle tecniche di **preservazione della fertilità**. Un focus particolare è posto sulle esperienze di coloro che desiderano diventare genitori, analizzando le **influenze culturali** e **sociali**, nonché le **difficoltà** incontrate nel percorso verso la genitorialità. Attraverso uno **studio qualitativo**, la tesi offre una prospettiva dettagliata sulle esperienze uniche e le sfide affrontate dalle persone transgender e non binarie nel loro **desiderio** di diventare genitori, contribuendo a una comprensione più profonda e inclusiva delle diverse **forme di genitorialità** nel contesto contemporaneo.

PAROLE CHIAVE: **disforia di genere, esperienze di genitorialità, transgender, non binarie, sfide, esperienze, counseling preventivo, preservazione della fertilità, influenze sociali e culturali, difficoltà, studio qualitativo, desiderio e forme di genitorialità.**

ABSTRACT

This thesis explores the complexity of **gender dysphoria** and the **parenting experiences** of **transgender** and **non-binary** individuals. Through an in-depth analysis of the terminologies and diagnostic characteristics associated with gender dysphoria, the work highlights the **challenges** and **experiences** faced by these individuals. The research also focuses on parenting, examining the legal, biological, and psychological aspects, and discussing the importance of **preventive counseling** and **fertility preservation techniques**. Particular attention is given to the experiences of those who wish to become parents, analyzing **cultural** and **social influences**, as well as the **difficulties** encountered in the path to parenthood. Through a **qualitative study**, the thesis provides a detailed perspective on the unique experiences and challenges faced by transgender and non-binary individuals in their **desire** to become parents, contributing to a deeper and more inclusive understanding of diverse **forms of parenting** in the contemporary context.

KEY WORDS: **gender dysphoria, parenting experiences, transgender, non binary, challenges, experiences, preventive counseling, fertility preservation techniques, cultural and social influences, difficulties, qualitative study, desire and forms of parenting.**

CAPITOLO PRIMO

DISFORIA DI GENERE: UNO SGUARDO SULL'ARGOMENTO

1.1 Inquadramento terminologico

Le tematiche riguardanti la relazione che intercorre tra sesso biologico, sessualità e genere sono da sempre alla base di forti controversie nella realtà sociale, culturale e politica. In ambito clinico e scientifico, la distinzione tra i termini “sesso” e “genere” è stata introdotta a partire dai primissimi anni della seconda metà del '900. Il termine “**sesso**” fa riferimento ai caratteri biologici assegnati alla nascita (Rigobello & Gamba, 2016); questa espressione viene utilizzata per indicare se una persona sia descrivibile come “maschio” o “femmina”. Tali caratteri si suddividono in due gruppi distinti definiti *primari* (cromosomi, genitali esterni, gonadi e quadro ormonale) e *secondari* (crescita e distribuzione dei peli, differenziazione nello sviluppo muscolare, sviluppo del seno, inizio delle mestruazioni) (Batini & Santoni, 2009). Il “**sesso biologico**” è il risultato finale di una complessa interazione tra differenti determinanti (genetiche, ormonali, morfologiche, cromosomiche, gonadiche, biochimiche e anatomiche) che condizionano sia la fisiologia del corpo che la differenziazione del cervello lungo tutto il percorso di crescita dell'individuo. Tale processo porta nella gran parte dei casi allo sviluppo di un sesso definibile come maschile o femminile, ma in alcuni casi può concludersi in modo atipico, determinando condizioni note come *intersessuali* o disturbi della differenziazione sessuale. Un altro termine

rilevante è il concetto di “**genere**” che si sviluppa come risultato dell’interazione di più fattori e influenzamenti interni ed esterni, con connotazioni psicologiche, sociali e culturali. Dunque, con questo termine ci si riferisce a ciò che una cultura ritiene appropriato e caratteristico come “maschile” e “femminile”, definendo delle aspettative e dei canoni ai quali le persone sentono di dover aderire. Tale processo di riconoscimento e adesione o distanziamento dalle caratteristiche “tipiche” del genere maschile o femminile, porta al costituirsi della propria “**identità di genere**”. Quest’ultima è intesa come percezione psicologica interna di un continuo e persistente senso di sé come appartenente ad uno o all’altro genere (Rigobello & Gamba, 2016). Solitamente, i bambini consolidano la propria identità di genere verso i 3-4 anni, ma in taluni casi questa può essere sviluppata in modo variante (Dèttore, Ristori, & Casale, 2011), tanto da sviluppare una disforia di genere più o meno resistente nel tempo e rilevante (Dèttore, Ristori & Antonelli, 2014). Nel 1955, Money introduce e propone il concetto di “**ruolo di genere**” per descrivere “tutte quelle cose che una persona dice o fa per esprimere sè stesso, o sè stessa, come possessore dello status di maschio o uomo e di donna o femmina” (Money, 1955). In questa definizione, la compresenza dei termini “ruolo” e “status” suggerisce come Money fosse influenzato dal concetto di “*ruolo sessuale*” proposta da Parson, utilizzato nei suoi studi come base per definire “cosa renda una persona quello che è” in termini di “aspetti dinamici e comportamenti associati all’ideale e alla posizione attesa in base al proprio status” (Haig, 2004). Col passare del tempo e col proseguire delle ricerche in tale ambito, anche il binarismo della definizione di genere come “maschile” o “femminile” è stata più volte criticata e messa in discussione, portando al costruirsi di uno scenario molto più ampio di condizioni individuali che si identificano in modo transitorio o parziale con un genere diverso da quello assegnato alla nascita

(*transgender*) senza che questo comporti l'effettivo desiderio di intraprendere un percorso di affermazione di genere (APA, 2013). Al di fuori del territorio italiano, il termine *transgender* è stato progressivamente ampliato e viene utilizzato come termine ombrello, per indicare tutte le persone che presentano un genere non conforme a quello tipicamente associato al sesso di nascita. Per questo motivo, in ambito sia medico che psicologico si è sviluppata nel tempo l'effettiva necessità di costruire una definizione sempre più adeguata, rispettosa e capace di descrivere la reale complessità delle persone con disforia di genere, al di là di ogni forma di pregiudizio morale, politico e religioso. Tale necessità viene tuttavia supportata dai numerosi studi antropologici e sociologici, che dimostrano come nella storia siano esistite numerose testimonianze di persone con identità e ruoli di genere diversi dal proprio sesso anatomico, con differenti livelli di integrazione e riconoscimento da parte della propria società di appartenenza. A tal proposito, numerose persone con comportamenti e atteggiamenti non aderenti al proprio ruolo di genere in molte società faticano a sentirsi riconosciuti e a trovare un proprio spazio di legittimità mentre in altre culture essi sono più che integrati, occupando posizioni di rilievo (Batini e Santoni, 2009). Infine, il termine "**orientamento sessuale**" è definito come la tendenza della persona a rispondere con eccitamento a certi stimoli sessuali. Tale orientamento è costituito dagli oggetti (persone o, talora, anche animali, cose o situazioni) che riescono a indurre nel soggetto attivazione e interesse sessuale, ma, tenendo presenti anche concettualizzazioni più complete e ampie (per esempio, Klein *et al.*, 1985; Klein, 1993) è utile aggiungere altre componenti significative, come l'attrazione e le fantasie sessuali (più strettamente legate all'interesse sessuale sopra definito), le preferenze sociali ed emotivo/sentimentali, l'autoidentificazione e lo stile di vita. L'identità, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale sono fra loro

strettamente intrecciati, ma hanno una loro autonomia e interagiscono in modo molto complesso (Dèttore, Ristori, & Antonelli, 2015). Sulla base di quanto detto sopra si possono creare diverse possibilità di rapporto fra l'identità di genere e i vari livelli di definizione di sesso:

- Soggetti con identità di genere congruente con il proprio sesso cromosomico e fenotipico e con il genere attribuito alla nascita. Tali soggetti possono avere orientamento eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico;
- Soggetti con identità di genere non congruente con il proprio sesso cromosomico, ma congruente con il sesso fenotipico e con orientamento eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico, come nei casi della sindrome di insensibilità agli androgeni (soggetti genotipicamente maschi che si sviluppano fenotipicamente in senso femminile) o di riattribuzione chirurgica di sesso in età precoce, in seguito a traumi genitali o patologie ormonali;
- Soggetti con identità di genere congruente con il proprio sesso cromosomico e al genere attribuito alla nascita, ma con problemi di congruenza rispetto al sesso fenotipico e con orientamento eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico, come nei casi di sindrome di Turner (femmine genotipiche con fenotipo difettoso: ipogonadismo, infertilità, ginecomastia);
- Soggetti con identità di genere variante, più o meno non congruente con il proprio sesso cromosomico, fenotipico e al genere attribuito alla nascita e con orientamento eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico.

In tutti questi casi il grado di varianza dell'identità di genere non ha un andamento dicotomico, ma può oscillare ampiamente lungo un continuum. D'altra parte, anche l'orientamento sessuale non è dicotomicamente eterosessuale o omosessuale, ma si estende lungo un continuum.

1.2 Caratteristiche diagnostiche e prevalenza

“Una bambina arriva in ambulatorio con i suoi genitori. Vestita con abbigliamento sportivo, indossa scarpe da ginnastica e un taglio di capelli corto: ha l’aspetto di un ragazzo. Susanna ha sempre preferito giocare con le macchine e i soldatini del fratello piuttosto che con le bambole. Non le era mai piaciuto indossare abiti femminili e al primo giorno di scuola materna, quando aveva tre anni di età, era in lacrime e inconsolabile quando aveva dovuto indossare un vestitino blu a pois bianchi. Quella era stata anche la prima volta in cui aveva dichiarato che voleva essere un bambino.”

(Susanna, 9 anni)

Si parla di **varianza di genere** o **non conformità di genere** quando l’identità di genere o il ruolo di genere di un soggetto si discosta dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso (Ferrara, Di Sipio Morgia, & Sacco, 2021). Ci sono bambini che crescono desiderando un abbigliamento, giochi e attività che non coincidono con lo stereotipo di genere che ci aspetteremmo da loro. Questi bambini si esprimono in maniera differente dalla maggioranza, ma non soffrono per essere identificati secondo il loro sesso di nascita (Ferrara, Di Sipio Morgia, & Sacco, 2021). D’altra parte, se l’incongruenza tra la propria identità di genere e il genere assegnato alla nascita (e il ruolo associato a quel genere e/o a quelle caratteristiche sessuali primarie o secondarie) si accompagna a sofferenza, malessere e stress, allora si parla di **disforia di genere** (Tornese, et al., 2016). La parola “disforia” significa infatti “difficoltà di sopportare” (dal greco “*dys*”, male + “*phérein*”, sopportare). Uno dei criteri necessari per diagnosticare la DG, secondo il DSM-5, riguarda appunto che la condizione sia “*associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione*

del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti" (APA, 2014). Al fine di una diagnosi accurata è indispensabile che la condizione sia persistente nel tempo, *"della durata di almeno 6 mesi"*. Soltanto alcune delle persone che manifestano varianza di genere presentano una disforia di genere. Dunque, risulta cruciale non diagnosticare come tale il comportamento di tutti quei bambini che banalmente non si adattano agli stereotipi culturali. I bambini con DG non sentono di appartenere al genere assegnato alla nascita, alcuni sentono di appartenere completamente al genere opposto e manifestano disforia anatomica: esprimono disgusto per i loro organi genitali esterni e desiderano che possano scomparire (Tornese, et al., 2016). Nel tempo si è arrivati alla conclusione che essere "Transgender" non è una patologia psichiatrica. Di seguito una breve evoluzione del concetto:

- DSM-IV-TR (APA 2000): *Disturbo dell'Identità di Genere*;
- DSM-V (APA 2013): *Disforia di genere*, capitolo separato da quello delle parafilie e delle disfunzioni sessuali;
- ICD 10 (OMS 1993): *Transessualismo*, codificato tra i codici relativi ai disturbi mentali;
- ICD 11 (OMS 2018): *Incongruenza di genere*, codificato tra i codici relativi alle condizioni legate alla salute sessuale.

Secondo le stime proposte dall'APA (2013), la prevalenza dei casi di disforia varia da 0,005 a 0,0014% per gli adulti nati maschi e da 0,002 a 0,003% per le adulte nate femmine. D'altra parte, da studi recenti, sembra che solo il 16% dei bambini diagnosticati con DG manifesterà DG in età adulta e richiederà una riassegnazione di genere completa (Khatchadourian, Amed, & Metzger, 2014. Drummond, Bradley,

Peterson-Badali, & Zucker, 2008). Mentre la DG in infanzia include un vasto ventaglio di esiti e scomparirà nella maggior parte dei bambini (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008. Wallien & Cohen-Kettenis, 2008), se la DG persiste all'inizio della pubertà molto raramente desisterà in adolescenza o età adulta (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003). Quando si prendono in considerazione questi dati, però, bisogna tenere in considerazione che attualmente non esistono studi epidemiologici realmente capaci di fornire dati specifici sull'evidente prevalenza ed incidenza della DG. In primo luogo, risulta particolarmente complicato stimare il numero effettivo di casi esistenti, in quanto si può fare riferimento esclusivamente a quelli che si rivolgono ai centri deputati ad affrontare tale problematica. In secondo luogo, non in tutti i casi in cui è presente uno stato di sofferenza nei confronti del proprio genere assegnato, questo viene espresso liberamente o accompagnato dal desiderio di iniziare un percorso di riassegnazione chirurgica del sesso. In terzo luogo, non è chiaro se in tali stime vengano conteggiati solo quei casi in cui la riassegnazione chirurgica del sesso deve essere ancora effettuata o anche quelli in cui è già stata effettuata; così come per quei casi in cui, pur soddisfacendo i criteri per la diagnosi, non viene presa la scelta di intraprendere l'iter per la riassegnazione chirurgica del sesso per motivi economici, medici o personali (Dettore, 2005).

1.3 Manifestazioni estetiche e comportamentali

La disforia di genere presenta delle modalità espressive differenti a seconda dell'età e del sesso biologico del soggetto (APA, 2014). Partendo dall'*età infantile*, il disagio conseguente a tale condizione può affermarsi tramite dichiarazioni più o meno esplicite di scontentezza rispetto al proprio sesso biologico e tramite un particolare coinvolgimento emotivo nel manifestare il proprio desiderio di appartenere al sesso

opposto. Con il passare degli anni è possibile osservare una progressiva difficoltà a condividere esperienze e instaurare rapporti soddisfacenti con i coetanei dello stesso sesso, con conseguenti fenomeni di isolamento, ritiro sociale e rifiuto scolastico. Tale condizione viene supportata e aggravata dalla presenza di ripetute forme di derisione da parte dei compagni, le quali aumentano il senso di inadeguatezza e di pressione connesse all'espressione estetica e comportamentale del proprio ruolo di genere. D'altra parte, non sempre i bambini con DG manifestano un disagio pervasivo, soprattutto se vivono in un ambiente supportivo e aperto al ruolo di genere variante (Dèttore, Ristori, & Antonelli, 2015). Il disagio in questi bambini viene espresso solo quando l'ambiente intorno interferisce con il loro desiderio di esprimersi liberamente (APA, 2014). Nello specifico, le bambine con DG possono esprimere il desiderio o la convinzione di essere un bambino o affermare che da grande saranno un maschio. Prediligono un taglio di capelli e un tipo di abbigliamento maschile e spesso sono scambiate per bambini dagli sconosciuti e potrebbero chiedere di essere chiamate al maschile (Dèttore, Ristori, & Antonelli, 2015). La scelta dei compagni di gioco è solitamente rivolta al genere maschile e può essere espresso un particolare interesse per gli sport caratterizzati da un forte contatto fisico, violenza e competitività. Con il passare del tempo può essere espresso il timore associato alla possibilità di vedersi crescere il seno o di iniziare ad avere le mestruazioni (Rigobello & Gamba, 2016). D'altro canto, i bambini con DG possono esprimere il desiderio o la convinzione di essere delle bambine o che da grandi saranno delle donne. Solitamente preferiscono indossare abiti femminili e nei giochi di finzione e nelle fantasie impersonificano personaggi femminili (Dèttore, Ristori, & Antonelli, 2015). Nel relazionarsi con i compagni dello stesso sesso questi bambini possono cercare di evitare il più possibile quelle attività che implicano l'uso della forza, la competizione e il contatto

fisico (Rigobello & Gamba, 2016). Nella maggior parte dei bambini la DG scompare prima o con l'inizio della pubertà (Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013). Tuttavia, in alcuni bambini con l'inizio della pubertà la DG si intensifica e si sviluppa un'avversione verso i caratteri sessuali secondari (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). È possibile riscontrare come, da parte degli adolescenti, vengano messe in atto delle strategie per attutire il forte sentimento di disagio verso il proprio corpo in via di sviluppo. Ad esempio, quando inizia la pubertà i maschi potrebbero depilarsi le gambe e a volte cercare di nascondere i genitali. Le femmine potrebbero fasciarsi il seno o usare maglie molto larghe per nascondere. È importante sottolineare come gli adolescenti che vivono in un ambiente accettante possono esprimere chiaramente il loro desiderio di voler essere trattati secondo il genere a cui sentono di appartenere; possono vestirsi e avere un taglio di capelli congruenti alla loro identità di genere; possono scegliersi un nome diverso e in genere cercano amicizie del sesso opposto (Dèttore, Ristori, & Antonelli, 2015). Una volta superata l'età infantile e inserendosi nell'età dell'adolescenza, il coinvolgimento e il desiderio di appartenenza al sesso opposto può diventare sempre più intenso, andando a interferire in modo cruciale nelle attività personali e sociali del soggetto (Rigobello & Gamba, 2016). In risposta a tale interferenza possono presentarsi gravi difficoltà scolastiche dovute ad un aumentato assenteismo o ad un vero e proprio abbandono scolastico. Allo stesso modo, le relazioni con i coetanei possono divenire sempre più difficoltose e rare, contribuendo al cronicizzarsi di gravi oscillazioni del tono dell'umore e all'aumento dell'isolamento sociale. Tali condizioni possono a loro volta aumentare il rischio di incorrere in veri e propri stati depressivi, con conseguente uso e abuso di sostanze, fino all'insorgere di potenziali pensieri o tentativi di suicidio. Data la complessità di questo periodo della vita e dato il suo ruolo

cruciale nella costruzione dell'identità del soggetto, anche le modalità con cui si può presentare ed esprimere la sofferenza associata alla DG possono essere molto variabili e personalizzate. In generale, nella prima adolescenza, se le caratteristiche cliniche sono osservabili, si possono identificare comportamenti e atteggiamenti simili a quelle presenti nel bambino, con graduale modificazione in relazione alle esperienze e alle richieste imposte dall'ambiente di crescita. In altri casi però, la maggior consapevolezza rispetto al ruolo e alla differenziazione tra i sessi e l'appartenenza ad un ambiente rigido rispetto a questi temi, può portare il o la giovane a mascherare maggiormente i propri sentimenti di inadeguatezza. In questi casi, l'adolescente può giungere all'osservazione del clinico in quanto i suoi genitori o gli insegnanti mostrano una forte preoccupazione per il forte isolamento sociale mostrato dal ragazzo o dalla ragazza. Difficilmente il primo motivo per cui l'adolescente viene accompagnato da un clinico è direttamente associato alle problematiche di identità di genere, solo tramite un'indagine più accurata, rispettosa e basata sulla fiducia reciproca è possibile individuare il vero nucleo problematico.

1.4 Comorbidità e diagnosi differenziale

Uno dei rischi più elevati per bambini e adolescenti con DG è quello del progressivo e crescente isolamento sociale. Fenomeni quali derisione o ostracismo possono favorire lo stabilizzarsi di un progressivo abbassamento dell'autostima e incrementare le possibilità di rifiuto e abbandono scolastico. Il disagio percepito dal soggetto nel conformarsi al ruolo associato al suo sesso biologico può essere così intenso e pervasivo da condurlo a vivere, sul piano sia mentale che relazionale, incentrato solo su attività dirette alla riduzione del disagio stesso. È costantemente presente la preoccupazione per ciò che gli altri potrebbero pensare di loro e sono

sempre più attenti al proprio aspetto fisico. Allo stesso modo, per via delle continue manifestazioni comportamentali tipicamente associate al sesso opposto, anche le relazioni con i genitori e i parenti possono essere gravemente compromesse, riducendo o limitando del tutto la comunicazione del proprio disagio all'interno della famiglia. Tali contesti potrebbero portare il soggetto a ricercare aiuto e comprensione tramite altre vie, rischiando di instaurare relazioni nocive con persone conosciute su Internet o in ambienti sociali a rischio, o di iniziare a fare uso di sostanze alcoliche o stupefacenti per aumentare la propria disinibizione. Queste manifestazioni comportamentali sopracitate possono svilupparsi in associazione ad altri disturbi psicologici, diversificati a seconda dell'età del soggetto (Rigobello & Gamba, 2016).

Nei *bambini* possono presentarsi:

- Disturbo d'ansia da separazione;
- Disturbo d'ansia generalizzato;
- Sintomi depressivi.

Negli *adolescenti*, come evoluzione dei sintomi primari (precedentemente descritto nei bambini), possono aggiungersi:

- Depressione maggiore;
- Ideazione suicidaria o tentativi di suicidio;
- Disturbi correlati all'uso di sostanze.

Negli *adulti*, possono svilupparsi e stabilizzarsi:

- Disturbi d'ansia;
- Depressione maggiore;

- Diagnosi di disturbo di personalità;
- Parafilie come feticismo da travestitismo.

Per quanto concerne, invece, la diagnosi differenziale risulta cruciale distinguere attentamente la DG da altre diagnosi. In primo luogo, la DG deve essere distinta da un semplice *anticonformismo nei confronti del comportamento stereotipato del ruolo sessuale*: esso rappresenta il comportamento di quei bambini che semplicemente non si adattano allo stereotipo culturale di mascolinità o femminilità. In secondo luogo, è importante porre attenzione e diagnosticare una DG laddove la persona presenta già una diagnosi per uno dei *disturbi della differenziazione sessuale* (es. Sindrome di Rokitansky, Sindrome di Morris, Sindrome di Turner, Sindrome androgenitale, l'ermafroditismo, pseudoermafroditismo femminile e Sindrome di Klinefelter). In terzo luogo, bisogna fare particolare attenzione anche al *feticismo di travestimento*: comportamento volto a indossare abiti del sesso opposto, al fine di procurarsi un eccitamento sessuale. Un'altra condizione che rischia di essere confusa con la DG è il *disturbo da disformismo corporeo*: la persona presenta una grave e sproporzionata preoccupazione per un particolare difetto nell'aspetto fisico. Infine, nella *schizofrenia* raramente possono esservi deliri di appartenenza al sesso opposto (Rigobello & Gamba, 2016).

1.5 L'immagine corporea nella disforia di genere

“L'immagine corporea è il quadro mentale che ci rappresentiamo del nostro corpo, il modo in cui il corpo ci appare: un'immagine dinamica, che dipende da una serie di fattori che non riguardano soltanto la natura biologica del corpo, ma fanno riferimento alla nostra presenza nel mondo”.

(Paul Ferdinand Schilder)

Ciò che contraddistingue una persona con DG è un vissuto di una marcata sofferenza per il conflitto esistente tra la psiche e la realtà corporea che seguono due strade contrapposte. Il corpo viene percepito come inadeguato e porta con sé sentimenti di angoscia. Questi sentimenti trovano la loro massima espressione con il passare degli anni ed emergono soprattutto in adolescenza. In questo periodo si è chiamati ad assolvere uno dei compiti di sviluppo più difficili ovvero la costruzione dell'identità: ci si ritrova di fronte ad un corpo che cambia con la comparsa dei caratteri sessuali secondari. Il cambiamento corporeo è la prima grande sfida con cui l'adolescente si deve confrontare, esso comporta un cambiamento della propria identità, del modo di rapportarsi con l'ambiente ed aumenta la motivazione ad osservarsi e riflettere su di sé e a raccogliere le differenze di genere. L'immagine del proprio corpo nasce dall'interpretazione personale che si ha di esso poiché è investito di desideri, sogni, aspettative per ciò che si vorrebbe essere. La velocità con cui l'adolescente raggiunge la maturità corporea non è equilibrata dal tempo necessario per raggiungere una maturità psichica. Per questo motivo, durante i primi anni del periodo adolescenziale si va incontro a uno squilibrio tra mente e corpo (Rigobello & Gamba, 2016). I cambiamenti fisici, corporei e sessuali comportano inoltre l'acquisizione di un'identità di genere che spesso fa scaturire profonde lacerazioni e ambivalenze difficili da risolvere (Charmet, 2000).

1.6 Sviluppo dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza

La costruzione della propria identità è un percorso lento, infatti, in linea con lo sviluppo cognitivo secondo la teoria piagetiana, il bambino acquisisce progressivamente la capacità di cogliere il concetto di identità. Verso i due anni di età i bambini iniziano a mostrare i primi segni di tipizzazione sessuale, ovvero modi di

comportarsi e preferenze concordanti con lo stereotipo del proprio sesso. Intorno ai tre anni il bambino riconosce l'esistenza delle due categorie sociali di maschi e femmine ed è in grado di classificarsi come appartenente ad una o l'altra categoria (Kohlberg & Kramer, 1969). Verso i quattro anni il bambino comprende che il sesso non dipende dall'abbigliamento o dai comportamenti. Dopo i cinque anni inizia a capire che il proprio sesso gli appartiene come una caratteristica immodificabile. Stoller (1968) afferma che entro i primi due anni di vita compare nel bambino il sentimento precoce e nucleare di identità denominato *identità di genere nucleare*: è frutto delle componenti biologiche, fisiologiche e psicologiche, inoltre determina un senso di riconoscimento e di appartenenza ad un sesso. In questa fase si attivano i processi legati all'identificazione e all'autorappresentazione nel contesto pubblico come maschio o come femmina (Ammaniti, 2001). Dai due anni e mezzo o tre la maggior parte dei bambini è in grado di rispondere correttamente alla domanda "sei maschio o femmina?". D'altra parte, solo intorno ai quattro anni l'identità di genere si consolida. Verso i sei o sette anni, avviene l'apprendimento del concetto di *costanza di genere*: capacità di comprendere che il loro sesso rimane invariato nel tempo e cambia solo in apparenza (Kohlberg, 1966). Verso i dieci anni è il corpo, attraverso i cambiamenti somatici puberali, ad annunciare la fine dell'infanzia e ad imporre una revisione dell'immagine corporea di sé. La pubertà coincide con un periodo di crescita rapida e a volte disorganica, che rende difficile per i ragazzi riconoscersi in un "nuovo" corpo ed è accompagnata da incertezze ed inquietudini a causa di una "metamorfosi" di cui non si conosce ancora l'esito. Infatti, l'adolescenza è una dell'età in cui maggiormente viene affrontato il tema della differenziazione e definizione della propria identità. È una caratteristica peculiare del periodo adolescenziale interrogarsi sui cambiamenti, fare progetti, impossessarsi di una chiave di lettura della realtà;

scoprire il senso del proprio essere e delle proprie azioni; saper agire liberamente senza cedere a condizionamenti e manipolazioni; aprirsi a rapporti di confronto con gli altri; sapersi costruire un'identità che sia vera, originale, propria. Interrogarsi sulla propria identità significa anche porsi delle domande sull'essere maschio o femmina, ossia sulla propria *identità sessuale*. Al momento della nascita, ogni individuo viene riconosciuto come maschio o femmina secondo l'osservazione dei genitali esterni. Questo primo riconoscimento rappresenta il primo messaggio che il mondo esterno invia sul nostro genere sessuale; poi, nel corso di tutta la vita, seguono molti altri messaggi del mondo circostante che, giorno dopo giorno, esperienza dopo esperienza, confermano o meno la nostra identità sessuale. È facile però rendersi conto che non sono soltanto i genitali che fanno di lui un uomo o una donna. Accanto a questi elementi puramente biologici se ne aggiungano altri che possiamo definire sociali. Essi rappresentano il diverso modo che l'ambiente ha di interagire con le persone, indipendentemente dal sesso. La Disforia di Genere (DG) è un fenomeno dimensionale e, così come succede in età adulta, anche in età evolutiva, sembra esserci una certa eterogeneità nella sua manifestazione per cui non sempre c'è bisogno di attenzione clinica: alcuni bambini dimostrano comportamenti e desideri estremamente cross-gender, accompagnati da persistente e profondo disagio per le caratteristiche sessuali primarie. In altri casi, tali caratteristiche sono invece meno intense o solo parzialmente presenti (Cohen-Kettenis, Steensma, & de Vries, 2011; Knudson, DeCuypere, & Bockting, 2010). Spesso i bambini che mostrano forme meno intense di comportamenti cross-gender e che arrivano all'attenzione dei clinici provengono da nuclei familiari omofobici (Cohen-Kettenis, 2005). Durante l'infanzia comportamenti cross-gender, ma anche il desiderio di appartenenza al genere opposto possono rappresentare una fase o una normale espressione dello sviluppo

dell'identità di una persona, senza particolari conseguenze per il funzionamento del bambino (Bartlett, Vasey, & Bukowsky, 2000; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Per esempio, in alcuni casi, la DG con un esordio improvviso può essere concettualizzata come una reazione a un evento particolarmente stressante (Zucker & Bradley, 1995). In altri casi, i comportamenti cross-gender sono messi in atto al fine di ridurre l'ansia (Zucker & Bradley, 1995). Tuttavia, per i bambini e gli adolescenti che soffrono di DG, i comportamenti cross-gender non rappresentano una fase transitoria o un'espressione di non conformità di genere, ma riflettono una profonda e persistente identificazione cross-gender che causa significativo disagio per il genere assegnato alla nascita, compromettendo la qualità di vita (American Psychiatric Association-APA, 2013). L'inquadramento diagnostico della DG in infanzia e in adolescenza richiede un'attenta e accurata diagnosi differenziale in ottica evolutiva che tenga conto delle fasi di sviluppo del bambino. Ciò rientra all'interno di un iter di assessment con l'obiettivo di supportare la consapevolezza e definizione delle dimensioni della propria identità sessuale, di prevenire eventuali psicopatologie associate e migliorare la qualità di vita e il benessere psicologico (Dèttore *et al.*, in press; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Tuttavia, poiché la DG si presenta con caratteristiche diverse in infanzia e adolescenza, anche per quanto riguarda il tema della diagnosi differenziale, è bene considerare separatamente il gruppo dei bambini da quello degli adolescenti.

CAPITOLO SECONDO

***GENITORIALITÀ DELLE PERSONE TRANSGENDER E NON
BINARIE***

2.1 La genitorialità da un punto di vista giuridico

La letteratura scientifica riguardante le diverse forme di genitorialità, inclusa quella delle persone transessuali, è ancora limitata e circoscritta. In particolare, nel contesto italiano, non sono presenti studi focalizzati sul ruolo genitoriale inteso come un insieme di funzioni e competenze che può assumere una configurazione specifica indipendentemente dal genere sessuale. Nonostante una maggiore flessibilità nell'intercambiabilità dei ruoli e nella suddivisione delle responsabilità di cura e accudimento dei figli, si riscontra una forte resistenza culturale all'idea che il ruolo materno possa essere ricoperto da una persona di sesso maschile, e viceversa. In linea con questa prospettiva, anche se la famiglia non è una realtà «naturalmente» data ma piuttosto una costruzione sociale negoziata, il modello familiare che storicamente si è affermato come l'unico legittimo è quello basato sull'unione tra uomo e donna. Quando discutiamo della valutazione delle competenze genitoriali, è essenziale considerare i nuovi modelli familiari e i cambiamenti che la famiglia ha subito nel tempo. Oggi, a differenza del passato, una famiglia su dieci è composta da un solo genitore, formando una famiglia monoparentale. In ambito giuridico, questa modernità spesso non trova un'adeguata formalizzazione nelle leggi del Diritto di

Famiglia, ancora influenzate da pregiudizi, latenti ma evidenti, legati a ciò che nell'immaginario collettivo continua a rappresentare la famiglia e i modelli familiari tradizionali. Negli ultimi cinquant'anni, la famiglia ha subito una rapida e varia evoluzione, implicando un cambiamento costante che ha portato a molteplici configurazioni. Parlarne in termini di struttura, sottintende questa continua trasformazione, analogamente a quanto avviene in Psicoterapia della Gestalt, dove una struttura in evoluzione rappresenta una forma nuova, diversa dall'originale, che emerge e si distacca per ottenere autonomia e vita propria. La famiglia tradizionale degli anni '60, numerosa, con un padre, una madre e una gerarchia patriarcale, è stata sostituita da qualcosa di strutturalmente diverso. Anche il sistema giuridico ha subito numerosi cambiamenti significativi riguardanti la famiglia. La legge 151 del 10 maggio 1975 ha rivoluzionato il Diritto di famiglia, facendo prevalere i diritti dei figli sulla potestà genitoriale (articoli 319-339), promuovendo una giusta equiparazione tra i coniugi e sostituendo il termine "patria potestà" con "potestà genitoriale", fino all'attuale "responsabilità genitoriale" con la legge 55 del 6 maggio 2015. Il 20 maggio 2016, la legge Cirinnà ha istituito le unioni civili, riconoscendo anche le unioni tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto. Il diritto di famiglia è oggi un campo in continua evoluzione, in cui il legislatore crea formule dinamiche, provvedimenti flessibili adattabili ai singoli casi. Tuttavia, nonostante questo dinamismo giuridico, la famiglia rimane ancorata pregiudizialmente al concetto di istituto, dal latino "institutum", ciò che è stabilito, norma, ordinamento della vita privata o pubblica derivato dai costumi, e come tale soggetta a vizi di forma e di pensiero. La legge 54 del 2006 ha introdotto il principio di bigenitorialità, eliminando l'idea del genitore prevalente e sancendo la responsabilità di entrambi i genitori, anche se separati. Le prime ricerche psicologiche sulle famiglie omogenitoriali,

considerandole come possibili minacce al benessere del bambino, risalgono agli anni '70 e avevano lo scopo di verificare se le donne lesbiche potessero essere madri adeguate, confrontando i figli cresciuti in contesti diversi (omosessuali, eterosessuali, e madri sole) e misurando varie dimensioni del loro sviluppo. Quando parliamo di genitorialità, spesso pensiamo automaticamente a un padre di genere maschile e una madre di genere femminile, perché, nell'immaginario collettivo, è più rassicurante, ma non rappresenta fedelmente la realtà attuale. Non siamo ancora abituati a considerare che se il sesso è determinato dalla biologia, il genere è un costrutto sociale, sebbene assegnato alla nascita. In Italia, nonostante una legislazione moderna e attenta, persiste una grande resistenza culturale all'idea che il ruolo materno possa essere incarnato da una persona di sesso maschile, e ci sono pochi studi sui ruoli genitoriali indipendentemente dal genere sessuale, creando un divario nella letteratura scientifica italiana. Quando valutiamo le competenze genitoriali, dobbiamo considerare l'evidenza clinica che il genitore in questione si trova in una posizione di difficoltà, che lo ha reso oggetto di valutazione da parte del CTU o del Servizio Sociale, anche se non possiamo stabilire a priori quanto questa difficoltà incida sullo sviluppo del minore. In realtà, la presenza di una causa non determina necessariamente l'effetto, ma aumenta la probabilità che esso si presenti. Uno dei limiti etici nella valutazione delle competenze genitoriali risiede nei nessi di causalità utilizzati, che spesso si basano su ipotesi deterministiche. La valutazione delle competenze genitoriali si basa su modelli, costrutti, caratteristiche sociali, psicologiche e attitudinali, verificate nella concretezza delle singole situazioni. Il perito ha autonomia scientifica e professionale nella scelta della metodologia, che però deve essere accettata e riconosciuta dalla comunità scientifica. In questo contesto, è evidente come il divario nella letteratura italiana sui genitori transgender

sia un limite iniziale, che, nonostante la genuinità della valutazione, non permette di ottenere un quadro chiaro di quel genitore, né della relazione genitore-figlio. Quando si parla di un genitore transessuale, emergono spesso timori riguardo al normale sviluppo psicofisico del figlio. Da un lato, questa prudenza rappresenta una necessaria protezione giuridica per i bambini, che sono soggetti socialmente vulnerabili. Dall'altro, però, rischia di trasformarsi in un eccesso di cautela che si manifesta ogni volta che un esperto (giudice, psicologo, assistente sociale) si trova di fronte a configurazioni familiari non conformi al modello tradizionale. È importante che la validità di tali preoccupazioni venga valutata caso per caso, piuttosto che basarsi su principi generali privi di adeguati riscontri empirici. I dati esistenti nel campo della psicologia dello sviluppo e dell'apprendimento indicano che molte condizioni di disagio sono legate a problemi familiari che influenzano il principale ambiente di socializzazione del bambino (Bruner, 1983). Pertanto, la presenza di un genitore transessuale non rappresenta di per sé un fattore di rischio evolutivo, ma può diventarlo se influisce negativamente sulle dinamiche interattive e sull'assetto normativo del sistema familiare, richiedendo necessari aggiustamenti per mantenere l'equilibrio familiare. Per comprendere meglio la questione, si consideri il rischio potenziale di nascondere al figlio le implicazioni del percorso di transizione, esponendolo a occultamenti e dissimulazioni. Parimenti dannose sarebbero le situazioni in cui il genitore si distanzia emotivamente dal bambino. Spesso, le difficoltà incontrate durante il percorso di adeguamento interferiscono con l'assunzione di un ruolo educativo adeguato. Non sono rari i casi in cui il genitore, provato dalle cure ormonali e dalle difficoltà gestionali (lavorative, sociali, familiari), si mostra irritabile, impaziente, emotivamente distante, o incapace di occuparsi del figlio e dei suoi problemi. In altri casi, potrebbe essere meno influente a livello disciplinare,

cercando di esorcizzare il senso di colpa che lo sovrasta. Questo potrebbe minare la sua autorevolezza e la capacità di mantenere un dialogo con il minore, rendendo difficile fornire spiegazioni soddisfacenti ed esaustive su quanto sta accadendo. Queste difficoltà potrebbero essere aggravate dalla conflittualità di coppia, soprattutto se il partner non accetta la transizione. Al crollo delle aspettative coniugali si aggiungono sentimenti di tradimento, problemi di attrazione sessuale e difficoltà nella gestione dell'immagine sociale (Luciani, Inghilleri, Fasola, 2007). Alcuni aspetti della persona transessuale, accettati prima dell'inizio della transizione, possono diventare sempre più difficili da tollerare. Se il coniuge transessuale inizia ad assumere atteggiamenti ritenuti inappropriati, l'altro partner sviluppa una crescente intolleranza, accelerando la dissoluzione della famiglia. Le difficoltà coniugali si riflettono sul sistema familiare, trasformandolo da fonte di forza e soddisfazione in un teatro di conflitti relazionali e sofferenza. Spesso, l'unica soluzione per mettere fine ai conflitti è il divorzio. Le decisioni riguardanti l'affidamento dei minori possono diventare particolarmente difficili, vista la complessità della disputa genitoriale sul futuro dei figli. I minori possono rimanere coinvolti in un contesto caotico in cui i genitori interagiscono in modo disfunzionale, dimenticando i bisogni dei figli e mantenendo una relazione di coppia in crisi (Vella, Solfaroli Camillocci 1992). In definitiva, gli scenari descritti sono simili a quelli in cui uno o entrambi i genitori affrontano problemi personali o relazionali di vario tipo, senza riuscire a mantenerli entro l'area in cui si sono originati. Questo significa che la questione cruciale per la salvaguardia del benessere del minore non risiede nel transessualismo del genitore, ma nel modo in cui questo fenomeno interagisce con la storia familiare, le dinamiche e lo stigma sociale che ancora accompagna alcune trasformazioni personali e familiari. L'adeguamento del sesso biologico a quello psichico non rappresenta la dissoluzione

della famiglia, ma piuttosto l'inizio di una nuova fase evolutiva, che segna l'avvio di un processo di riorganizzazione del sistema relazionale e di ridefinizione dei ruoli, delle interazioni e delle funzioni familiari. Il corretto sviluppo psicologico dei figli dipende dal successo di questo processo, cioè dalla negoziazione efficace di nuovi equilibri strutturali, funzionali e interattivi.

2.2 Genitorialità biologica delle persone transgender e non binarie

Nonostante in molti paesi la possibilità per le persone transgender di avere figli biologici sia negata, e alcune leggi prevedano persino la sterilizzazione come condizione necessaria per un cambiamento legale di genere (De Sutter, Kira, Verschor, & Hotimsky, 2002; Wierckx, Van Caenegem, Pennings, Elaut, Dedecker, Van de Peer, T'Sjoen et al. 2012), una serie di ricerche ha evidenziato la presenza del desiderio di genitorialità tra le persone transgender (Wierckx et al. 2011; Defreyne, Van Schuylenbergh, Motmans, Tilleman, & T'Sjoen, 2020). In particolare, Riggs e colleghi (2016) hanno descritto i diversi percorsi intrapresi, con la maggioranza degli individui che preferirebbero diventare genitori tramite l'adozione o lasciando che sia il proprio partner a partorire (Riggs, Power & von Doussa, 2016). Analogamente, altri (Tornello, & Bos, 2017) hanno rilevato che il 31,3% avrebbe come opzione ideale l'adozione, il 25% un rapporto sessuale diretto, il 15,6% la maternità surrogata, il 9,4% un donatore di sperma noto, il 9,4% lo sperma da una criobanca, il 6,3% l'affido. Le preferenze rispetto al metodo scelto per diventare genitori dipendono anche dal genere assegnato alla nascita del soggetto, poiché si osserva che le donne transgender riportano più spesso di voler avere dei figli tramite l'adozione, mentre gli uomini transgender tramite rapporti sessuali e gravidanza. Nel complesso, l'interesse ad avere un legame biologico con il proprio figlio o figlia risulta

minoritario, ma è comunque dichiarato generalmente da circa un terzo della popolazione transgender, come riportato da vari studi (circa 39% secondo Defreyne et al. 2020; 36,7% tra coloro che non sono ancora genitori e 19,4% tra coloro che lo sono già, secondo Pyne, Bauer, & Bradley, 2015), sebbene debbano essere considerati gli elementi dell'età e del contesto socioculturale delle persone intervistate. La maggior parte delle persone intraprende il percorso di affermazione di genere mentre è in età riproduttiva (Wallien, Veenstra, Kreukels, & Cohen-Kettenis, 2010) e si trova successivamente, o durante, in una relazione affettiva (De Cuypere, TSjoen, Beerten, Selvaggi, De Sutter, Hoebeke, Rubens et al. 2005; Wierckx, Van Caenegem, Elaut, Dedecker, Van de Peer, Toye, T'Sjoen et al. 2011). Pertanto, si può intuire che il desiderio di genitorialità sia un'espressione fisiologica di una tappa di sviluppo del ciclo di vita, che tuttavia nel caso specifico si scontra con complicazioni significative. È noto, infatti, che il trattamento ormonale e gli interventi chirurgici di modifica anatomica possono comportare implicazioni significative a lungo termine, tra cui la perdita temporanea o permanente della fertilità (Maxwell, Noyes, Keefe, Berkeley, & Goldman, 2017; Chen & Simons, 2018). Pertanto, i soggetti interessati, sia a mantenere la propria possibilità procreativa, sia ad intraprendere un percorso di affermazione di genere, si trovano a dover negoziare le proprie priorità tra aspetti conflittuali (Moseson, Fix, Hastings, Stoeffler, Lunn, Flentje, Obedin-Maliver et al. 2020), consapevoli che la scelta di privilegiare l'uno comporterà inevitabilmente, delle ricadute ostacolanti, almeno in parte, sull'altro intento. L'astenersi dal curare la propria disforia può infatti portare al perpetuarsi di uno stato di sofferenza personale pervasivo, quest'ultimo estremamente sconsigliato per portare serenamente a termine un'eventuale gravidanza; al contrario, una terapia ormonale può causare infertilità o quantomeno incidere sulla qualità dei gameti

eventualmente conservabili in seguito e utilizzabili in una gestazione con la tecnica della fecondazione in vitro (IVF) (Maxwell et al. 2017; Chen & Simons, 2018). Trattandosi quest'ultima di una pratica delicata dal punto di vista medico e altamente stressante dal punto di vista psicologico, recentemente si sta diffondendo sempre di più la tendenza a valutare, in caso di elevato interesse a mantenere il proprio materiale genetico potenzialmente utilizzabile, la crioconservazione dei propri gameti prima di intraprendere qualsiasi trattamento medico. Inoltre, numerosi studi sostengono l'importanza fondamentale dell'informazione al paziente da parte del personale medico riguardo sia alle possibilità di preservazione della fertilità e del supporto nella decisione prima di intervenire sul proprio corpo (Bartholomaeus & Riggs, 2020; Chen, Kyweluk, Sajwani, Gordon, Johnson, Finlayson & Woodruff, 2019; De Wert, Dondorp, Shenfield, Barri, Devroey, Diedrich, Pennings, et al. 2014) sia la prassi di discutere tale eventualità con il personale sanitario prima dell'inizio del percorso ultimamente si sta diffondendo, in linea con le indicazioni della World Professional Association for Transgender Health - WPATH Standards of Care in Transgenderism (Coleman, Bockting, Botzer, Cohen-Kettenis, DeCuypere, Feldman, Zucker et al. 2012). A titolo esemplificativo è possibile sottolineare come, se nel 2015 solo il 22,7% dei pazienti riportava di aver ricevuto informazioni in merito alle opzioni esistenti relativamente alla fertilità (Pyne et al. 2015), più recentemente questa percentuale è salita almeno fino al 63,5% (Defreyne et al. 2020). Sebbene i due casi qui citati possano essere espressione di una tendenza riscontrabile anche in altri studi (Moseson et al., 2020), le differenze legate alle tipologie di servizi offerti dai sistemi sanitari dei vari Paesi, alle normative vigenti, ai contesti socioculturali e agli sfondi valoriali in cui le espressioni di disagio legato al genere si collocano

impediscono la sua generalizzazione su larga scala (Voultsos, Zymvragou, Karakasi & Pavlidis, 2021).

2.3 Il ruolo del counseling preventivo

Come già esposto in precedenza, le linee guida internazionali (World Professional Association for Transgender Health WPATH Standards of Care In Transgenderism) indicano al personale sanitario di informare i pazienti riguardo ai potenziali rischi di infertilità e alle opzioni esistenti per aumentare le possibilità di fertilità futura prima di iniziare il percorso medico, affinché possano operare una scelta consapevole. Nonostante una buona parte delle persone riporti di non avere interesse per la preservazione della fertilità (PF) (Defreyne et al., 2020), e sebbene informare i pazienti prima dell'inizio di un trattamento medico per l'affermazione di genere stia diventando sempre più comune, è ancora evidente la mancanza di un counselling adeguato da parte di operatori specificamente formati per affrontare questa questione (Sterling & Garcia, 2020; Voultsos et al., 2021). È fondamentale, infatti, che il personale sanitario sia consapevole del desiderio di genitorialità che anche le persone transgender possono avere e, di conseguenza, sia in grado di discutere con loro le reali opzioni disponibili rispetto alla fase di sviluppo personale e al processo di affermazione di genere intrapreso. È importante prospettare l'impatto della terapia ormonale sulla fertilità e le potenziali complicazioni durante il parto (Light et al., 2014), ma anche chiarire che la scelta della crioconservazione dei gameti non implica necessariamente un loro successivo utilizzo (Wierckx, Stuyver et al., 2012). Il ruolo del clinico è particolarmente delicato nei confronti degli adolescenti e dei giovani adulti, per cui il counselling deve considerare le potenziali intersezioni con la disforia di genere, la presenza o assenza di capacità di visione a lungo termine e la

facilità con cui possono essere soggetti alla pressione dei genitori (Ibid.). Infatti, è stato osservato che alcuni giovani transgender si sottopongono alla PF perché spinti dai genitori (Riggs & Bartholomaeus, 2020). Sebbene genitori e figli tendano ad avere visioni simili riguardo alle potenziali opzioni di intervento sulla fertilità (Donkin, Bates, Britto & Conard, 2017; Walton-Betancourth, Monti, Adu-Gyamfi, Roberts, Clarkson, Ward & Butler, 2018), l'influenza delle aspirazioni dei genitori sulle scelte dei giovani è molto forte (e.g., Nahata, Campo-Engelstein, Tishelman, Quinn, & Lantos, 2018), anche quando vi è disaccordo (Quinn, Sampson, & Campo-Engelstein, 2018). I genitori hanno la responsabilità di aiutare i propri figli a informarsi in modo completo e di fornire un supporto adeguato per una decisione sensata riguardo al loro percorso di vita, senza essere né accondiscendenti né ostacolanti nei confronti della loro decisione consapevole e autonoma. Tuttavia, la giovane età può sollevare interrogativi sulla possibilità che la scelta non sia del tutto consapevole (Riggs & Bartholomaeus, 2020). Dai professionisti coinvolti in questo passaggio consultivo ci si aspetta la capacità di informare in modo appropriato e accompagnare i giovani nella scelta (Ibid.), prestando particolare attenzione a tutti gli aspetti che hanno portato a maturare l'eventuale desiderio di aumentare le possibilità di avere una progenie in futuro. Alcuni hanno riferito di aver intrapreso il percorso di preservazione della fertilità (PF) per non deludere le aspettative dei genitori, nonostante il loro desiderio fosse contrario (Ibid.). La scelta di perseguire la PF da parte di bambini, adolescenti e giovani adulti può essere estremamente difficile, sia perché potrebbero non essere sufficientemente maturi e competenti (Nahata et al., 2017) sia perché spesso non si sentono pronti a fare una scelta così importante e duratura (Riggs & Bartholomaeus, 2020). Questi fattori li rendono estremamente fragili e influenzabili, rendendo necessaria un'attenzione particolare durante il

passaggio consultivo e supportivo, che non deve limitarsi a un mero trasferimento di informazioni. In questi casi, oltre alla pressione cui sono sottoposti quando si sentono forzati a decidere se conservare o meno i propri gameti (Ibid.), potrebbero sorgere problematiche riguardanti l'autorità decisionale in caso di disaccordo tra il soggetto e i genitori (De Wert, Dondorp, Shenfield, Barri, Devroey, Diedrich, Pennings et al., 2014). Ad oggi, solo pochi studi hanno incluso il punto di vista dei giovani (ad esempio Brik, Vrouenraets, Schagen, Meissner, de Vries & Hannema, 2019; Chen, Simons, Johnson, Lockart, & Finlayson, 2017; Nahata et al., 2017). Un'altra forma sottile e altrettanto rischiosa di pronatalismo è evidente nei report delle persone invitate dagli operatori sanitari a considerare la preservazione dei gameti, basandosi sulle motivazioni del possibile "cambio di idea" o del "piano di riserva". I soggetti che hanno sperimentato questa pressione riferiscono di percepire tale trattamento come umiliante, sentendosi giudicati dai medici, che sembrano veicolare un messaggio implicito di dubbio o di favore per il desiderio di riprodursi (Riggs & Bartholomaeus, 2020). L'atteggiamento diffuso tra i professionisti della salute di presentare le possibilità di PF come una "polizza assicurativa" che promette di tenere aperta la possibilità di decidere in un secondo momento se avere un figlio geneticamente connesso è quindi criticato dai pazienti stessi. I risultati dell'indagine mostrano che un'enfasi pronatalista implicita potrebbe oscurare il fatto che la genitorialità non è obbligatoria, sostenendo il pregiudizio verso un'aspettativa normativa. L'atteggiamento deontologicamente auspicabile nell'informare riguardo alla preservazione della fertilità è quindi di descrivere le opzioni disponibili (inclusi i costi finanziari e la copertura sanitaria pubblica), le potenziali difficoltà in termini di rischi medici (per la salute dell'individuo e dell'eventuale embrione o feto, e per la qualità dei gameti ottenibili), psicologici e legati alla sofferenza dell'identità di genere. Inoltre,

è importante riconoscere che i risultati delle tecnologie di riproduzione assistita sono variabili e che, in alcune aree come la conservazione dei tessuti, potrebbero non esserci ancora dati di ricerca sufficienti per valutarne l'efficacia riproduttiva (Baram et al., 2019; Sterling & Garcia, 2020).

2.4 Procedure per contrastare la sterilità

Poiché è noto che le procedure mediche per l'affermazione di genere hanno un impatto variabile sulla fertilità, le linee guida WOE specificano chiaramente la necessità di informare i pazienti sui potenziali esiti di sterilità e sulle alternative disponibili. Le operazioni mediche per l'affermazione di genere possono essere classificate in tre categorie, come suggerito da Sterling e Garcia (2020): opzioni disponibili prima dell'inizio della terapia ormonale affermativa (GAHT), quelle possibili dopo l'inizio della GAHT, e quelle sperimentali che possono essere effettuate insieme alla chirurgia genitale affermativa. Tuttavia, non esistono attualmente dati pubblicati sulla vitalità dei gameti nativi in pazienti dopo un uso prolungato di ormoni, e le opzioni sperimentali necessitano di ulteriori sviluppi nelle tecniche di maturazione dei gameti e crioconservazione dei tessuti per essere realistiche (Moravek, 2019). Pertanto, è fondamentale discutere degli aspetti legati alla fertilità nei pazienti, in particolare nei prepuberi e nei giovani adolescenti, che dai diciotto anni acquisiscono la stessa autonomia decisionale degli adulti (Chen & Simos, 2018), ma presentano una maggiore fragilità. Infatti, circa la metà degli adolescenti transgender riferisce che il loro desiderio di avere figli potrebbe cambiare in futuro (Sterling & Garcia, 2020) e che l'incidenza relativamente alta di ansia, depressione e altre comorbidità di salute mentale tra gli adolescenti transgender rispetto alla popolazione generale può influire sulla loro capacità di pianificare il futuro (Deutsch et al., 2013; Strang et al.,

2018). Questo studio si concentrerà specificamente sulle opzioni per le persone transgender assegnate femmine alla nascita (AFAB). Secondo Sterling e Garcia (2020), per coloro che hanno completato lo sviluppo puberale e che hanno iniziato o meno l'assunzione di testosterone esogeno, è possibile effettuare la crioconservazione dell'embrione ottenuto mediante inseminazione da un partner maschio o da un donatore esterno (conosciuto o sconosciuto). L'embrione può quindi essere impiantato nell'utero del partner (se femmina) o di un'altra donna che funge da madre surrogata. Se la persona non ha subito interventi chirurgici genitali, in assenza di trattamento ormonale o con la sospensione del testosterone esogeno, è tecnicamente possibile trasferire un ovocita o un embrione anche nel suo utero, sebbene questa operazione possa essere altamente indesiderabile per gli uomini trans e contribuire a una significativa disforia di genere (Ainsworth et al., 2020). La procedura di crioconservazione richiede la sospensione degli ormoni cross-sex e la stimolazione ovarica controllata con recupero transvaginale degli ovociti, che possono essere conservati anche come ovuli non fecondati. Questa procedura è percepita come invasiva e può risultare molto spiacevole ed emotivamente disturbante per i pazienti transgender, anche a causa dei ripetuti controlli tramite ecografie transvaginali (ibid.). Alcuni pazienti intraprendono queste operazioni anche dopo aver iniziato la GAHT, ma ci sono due principali problematiche: la scarsità di studi specifici su questi metodi e la mancanza di dati raccolti dopo un lungo periodo di somministrazione ormonale. Pertanto, non vi è un consenso sulle tempistiche necessarie di sospensione del testosterone prima del prelievo degli ovuli, con studi che suggeriscono un minimo di 3-6 mesi (De Roo et al., 2016). La crioconservazione del tessuto ovarico, invece, è una tecnica sperimentale disponibile solo in alcuni Paesi. Pur mancando prove concrete, si ritiene che questa procedura possa essere

eseguita in persone sia postpuberali che prepuberali, in qualsiasi fase del processo di transizione, anche insieme alla chirurgia affermativa; tuttavia, il prelievo è consigliato prima di altri interventi chirurgici per aumentare le probabilità di successo (Sterling & Garcia, 2020). Oltre alla conservazione per uso futuro e reimpianto, il tessuto ovarico può essere fonte di ovociti immaturi per la maturazione in vitro. Le procedure di riproduzione assistita sollevano importanti questioni etiche, specialmente per la popolazione transgender. L'efficacia delle tecniche in termini di natalità è bassa, con un alto numero di fallimenti nei cicli di inseminazione intrauterina (Leung et al., 2019) e aborti spontanei (Armund et al., 2017). Le difficoltà a portare a termine la gravidanza, i rischi di nascita pretermine, basso peso e patologie genetiche sono in parte dovuti all'inseminazione artificiale (Palazzani, 2017). Inoltre, la procreazione medicalmente assistita eterologa può portare a questioni legali ed etiche complesse, come la dispersione di embrioni e la sovrapproduzione di embrioni rispetto a quelli che la gestante può accogliere. Gli effetti della GAHT sulla riproduzione includono alterazioni della funzione e crescita dell'endometrio a causa degli androgeni (Tuckerman et al., 2000). Sebbene l'atrofia endometriale sia l'effetto atteso (Perrone et al., 2009), gli effetti del testosterone esogeno sull'utero richiedono monitoraggio per valutare eventuali patologie endometriali (Mattawanon et al., 2018). Gli ovociti possono essere influenzati dal trattamento, che sopprime il ciclo mestruale ma non completamente l'ovulazione (Loverro et al., 2016). In caso di gravidanza, la sospensione del testosterone è necessaria per ridurre il rischio di effetti teratogeni (Mattawanon et al., 2018). L'esposizione prenatale al testosterone può influenzare negativamente il feto (Carlsen et al., 2006; Betzold et al., 2004), e l'alterazione ormonale prenatale e neonatale può avere un ruolo nel dismorfismo sessuale del comportamento

(Knickmeyer & Baron-Cohen, 2006). Le tecniche di crioconservazione più promettenti mostrano tassi di sopravvivenza post-scongelo fino all'85-97%, tassi di fecondazione del 70-79% e tassi di gravidanza clinica del 4,5-12% per ovociti scongelati (Andersen et al., 2020; Potdar et al., 2014). La crioconservazione degli ovociti è diventata il metodo di preservazione della fertilità più diffuso tra le persone transgender AFAB, evitando le problematiche etiche legate all'uso dello sperma di un donatore o del partner e mantenendo l'autonomia sui propri gameti (Rienzi & Ubaldi, 2015). Tuttavia, l'uso di tecniche eterologhe solleva questioni complesse come la genitorialità responsabile, il ruolo dello scambio economico e il diritto all'identità del bambino (Palazzani, 2017; Nicolussi, 2017). Le implicazioni per la salute dei nati con fecondazione in vitro (FIV) sono un'ulteriore preoccupazione. Sebbene i bambini nati con FIV abbiano buone probabilità di essere sani (Kohda, 2013), la vita umana all'inizio è fragile e qualsiasi modifica ambientale può provocare alterazioni imprevedibili (Bellieni & Marchettini, 2008). Gli effetti della manipolazione embrionale e dei terreni di coltura sull'embrione sono molto attenzionati dall'epigenetica, poiché possono influenzare l'espressione genica del DNA (Kohda, 2013).

2.5 Attitudini verso le tecniche di preservazione della fertilità

Un altro dato chiaramente riscontrato è che, sebbene l'interesse per le tecniche di preservazione della fertilità (PF) sia presente in maniera minoritaria ma comunque non indifferente nella popolazione transgender, il tasso di chi arriva a scegliere di utilizzare tali interventi è estremamente ridotto (Sterling & Garcia, 2020). All'ideale inizialmente espresso, infatti, si aggiungono diversi livelli di complicazioni che spaziano dall'invasività fisiologica e dalla difficile sostenibilità psicologica delle procedure alla situazione economica, familiare e relazionale della persona,

all'attitudine del personale dei servizi sanitari. Complessivamente, i limiti con cui i soggetti si trovano a fare i conti coinvolgono sia fattori contestuali più ampi che aspetti specifici relativi all'essere transgender (Voultos et al., 2021). Nel filone, seppur limitato, degli studi che hanno iniziato a indagare le attitudini delle persone transgender rispetto all'eventualità di crioconservazione dei gameti, una delle questioni più chiaramente ricorrenti è la negoziazione tra l'impellenza di voler iniziare i trattamenti ormonali cross-sex e la scelta di posticiparne l'avvio per privilegiare la possibilità di PF nel momento in cui è risaputo avere percentuale di successo maggiore ed effetti negativi più contenuti (Wierckx, Stuyver, Weyers, Hamada, Agarwal, De Sutter, & T'Sjoen, 2012; Defreyne et al., 2020; Voultos et al., 2021). Lo scontro tra questi aspetti è particolarmente critico negli adolescenti, per i quali è ancora più difficile valutare autonomamente la complessità dei risvolti essendo ancora almeno in parte immaturi (Hudson, Nahata, Dietz, & Quinn, 2018). Il fatto che essi, focalizzati sulla prospettiva del cambiamento di genere e per la fase di vita in cui si trovano, non abbiano la capacità di prospettarsi a lungo termine gli effetti delle loro scelte e non si sentano in grado di prendere decisioni così importanti e pregnanti per il proprio sviluppo futuro (Voultos et al., 2021), rende estremamente delicato e rischioso sottoporli all'ipotesi della PF, così carica di implicazioni per il futuro. Generalmente, gli intervistati tipicamente affermano di preferire una modalità di riproduzione che sia coerente con il proprio genere, rifiutando l'idea di interrompere il proprio trattamento a favore delle tecniche di PF per la paura di sottoporsi ad alte dosi di altri ormoni stimolanti, che riattiverebbero dei vissuti di sofferenza legata all'incongruenza tra la propria immagine corporea e la propria attribuzione di genere (Defreyne et al., 2020; Armuand, Dhejne, Olofsson, & Rodriguez-Wallberg, 2017). Inoltre, buona parte ritiene la prospettiva di sostenere una gravidanza altamente

indesiderabile poiché sono spaventati dal fatto che invertire la somministrazione di ormoni per incorrere nell'esperienza femminilizzante della gravidanza rischierebbe di interrompere la loro transizione di genere o contraddirebbe la loro identità (Tornello & Bos, 2017). Ciononostante, esistono alcune eccezioni. È possibile, infatti, che persone transessuali AFAB restino incinte in modo più o meno intenzionale anche durante la GAHT, poiché l'assunzione di testosterone non è un dispositivo contraccettivo su cui fare pienamente affidamento, o perché si sono avvalse intenzionalmente di tecniche di fecondazione in vitro (Light, Wang, Zeymo & Gomez-Lobo, 2018; Light, Obedin-Maliver, Sevelius & Kerns, 2014). Tuttavia, i principali deterrenti sono l'alto valore simbolico della gravidanza (Voultsos et al., 2021) e la bassa stima delle possibilità di concepimento (Defreyne et al., 2020). A generare la paura di un possibile vissuto disforico, tuttavia, non è solo l'incongruenza tra la propria immagine di sé e quella prospettata di gestante, bensì spesso già la stessa crioconservazione dei gameti è fonte di significative preoccupazioni in questo senso (Voultsos et al., 2021; Chen et al., 2019). Le procedure a cui ci si deve sottoporre per la PF, infatti, vanno a rinforzare l'appartenenza della persona al sesso di nascita poiché mettono al centro le relative parti anatomiche e fisiologiche, enfatizzando il disallineamento dell'identità di genere della persona con esse (De Wert et al., 2014). In caso di soggetti con estremo timore nei confronti dei dolori e delle possibili complicanze del parto, inoltre, l'attitudine negativa verso l'eventuale gravidanza può essere accentuata da vissuti di stress derivanti dal contesto socioculturale così come dal percepirsi distanti dall'ideale di femminilità normativo (Malmquist, Jonsson, Wikström & Nieminen, 2019; Malmquist, Wikström, Jonsson & Nieminen, 2021). In aggiunta agli effetti direttamente inerenti alla propria immagine corporea, i soggetti si prefigurano anche possibili esiti avversi collegabili ad aspetti fisiologici e psicologici di

più ampia scala, in linea con gli avvertimenti presenti nelle indicazioni standardizzate di trattamento (Coleman et al., 2012) e rilevati da studi in ambito medico e ginecologico (es. Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Oltre alle problematiche già intrinseche alla procreazione medicalmente assistita, nel caso specifico degli individui transgender si aggiungono ulteriori livelli di complessità. Ad esempio, il rapporto con i donatori è visto da alcuni come potenzialmente rischioso perché questi potrebbero avere delle responsabilità legali rispetto ai figli (Tornello, & Bos, 2017), anche se la situazione legislativa vigente nei vari Paesi è in evoluzione. Un altro aspetto ampiamente riportato tra gli ostacoli all'accesso alle tecniche di PF è il costo elevato delle procedure per l'ottenimento e il mantenimento in crioconservazione degli ovuli (Defreyne et al. 2020; Coleman et al., 2012; Tornello, & Bos, 2017; Sterling & Garcia, 2020; Voultsov et al., 2021). In Italia, il costo per il congelamento di ovociti è di circa 3.000 euro, mentre il prezzo dei farmaci correlati oscilla tra 1.000 a 3.000 euro a seconda delle caratteristiche dei pazienti, e il mantenimento annuale è di circa tra 100 e 300 euro l'anno. Emblematico è però il caso della Svezia, dove, il fatto che i costi della crioconservazione siano coperti dal sistema sanitario e lo stigma sociale sia minore che in altri contesti culturali, fa ipotizzare che persone scelgano di non avvalersene perché non la ritengono sostenibile personalmente e non si vogliono sottoporre a tale procedura (Armund et al., 2017), sebbene le motivazioni di coloro che declinano gli interventi di PF siano ancora oggetto di studi estremamente esigui. Nonostante ciò, è stato riscontrato come la paura di ricevere scarso supporto sociale e di venire discriminati, sia attraverso forme di aggressività velata che manifesta e violenta, risulta essere un timore più intenso rispetto alla possibilità che, in futuro, i propri figli possano subire il peso di discriminazioni e pregiudizi sociali (Goldberg, Downing, Moyer, 2012; Voultsov et al. 2021); inoltre, è

molto diffusa la preoccupazione che la propria attribuzione di genere possa essere (o meno) riconosciuta e sostenuta dal personale sanitario durante le cure (Goldberg, Downing, Moyer, 2012; Armuand, Dhejne, Olofsson, Stefenson, & Rodriguez-Wallber, 2020). Infatti, riguardo a quest'ultimo punto, i partecipanti esprimono ripetutamente il desiderio di poter essere accompagnati da operatori sanitari che "rispettano, supportano e comprendono la loro identità di genere" (De Sutter, Verschoor, Hotimsky & Kira, 2002). Il fatto di essere considerati sotto il proprio profilo biologico viene talvolta colto come ingerenza e mancanza di tatto (Voultsos et al., 2021) e il doversi sottoporre allo sguardo altrui proprio in quelle parti del proprio corpo con cui meno ci si identifica è fonte di malessere (Armuand et al., 2017). Un ulteriore aspetto che può rendere la PF ancor meno attraente è la credenza personale di non ritenersi in grado di poter essere dei genitori adeguati, avendo timore di diventare responsabili nei confronti di un'altra vita, anche per paura che l'esposizione ad ormoni esogeni possa avere delle ripercussioni sugli eventuali figli (Voultsos et al., 2021). Nonostante, come detto, due delle cause di non utilizzo della tecnica di PF siano la non disponibilità di tale percorso (Wierckx, Van Caenegem et al., 2012) e la mancanza, ancora purtroppo diffusa, di un'informazione seria e approfondita (Sterling & Garcia, 2020), in realtà studi più recenti riportano che la principale ragione per non avvalersi delle tecniche di criopreservazione (54.2% dei rispondenti) è il fatto di non sentirne il bisogno (Riggs & Bartholomaeus, 2018; Voultsos et al., 2021). Nel complesso, gli aspetti principali di preoccupazione in coloro che ipotizzano di sottoporsi alle procedure di PF sembrano essere legati alla sostenibilità psicologica personale, come la possibilità che l'effetto degli interventi e delle modificazioni corporee su di sé possano entrare in conflitto con la propria identità di genere. In ogni caso, come detto, è necessario anche considerare

l'elemento economico e sociale, oltre alle relazioni dirette con il personale sanitario. Considerando l'estrema delicatezza di questo tema e la limitatezza degli studi svolti, è necessario indagare in modo più approfondito gli effetti della PF per le persone transgender, partendo da una prospettiva più ampia di sviluppo di questa possibile scelta nel ciclo di vita della persona e nella costellazione di relazioni che si verranno a costruire a partire dal suo eventuale utilizzo.

2.6 Casi di gestazione medicalmente assistita

In una recente rassegna che raccoglie 14 dei più citati studi nel campo della medicina riproduttiva, degli studi transgender e delle scienze della salute riguardanti le esperienze di conseguimento di gravidanza e parto in uomini transgender, Bessee e colleghi (2020) riportano anche la genitorialità biologica e la gravidanza come potenziale via per le persone transgender per diventare genitori. Le motivazioni principali che sostengono questa posizione, considerate non in conflitto con la propria identità di genere o come l'unico mezzo possibile, per quanto incongruente, per avere il figlio desiderato (Ellis, Wojnar & Pettinato, 2015; Light et al., 2014), derivano dalla prospettiva di diversità di trattamento e inaccessibilità alle agenzie di maternità surrogata e di adozione (ibid.), aspetti che richiedono ulteriori approfondimenti. Nel complesso, è evidente che gli individui transgender hanno bisogni specifici riguardo a fertilità, concepimento, gravidanza, parto e periodo postparto rispetto alla popolazione generale (Hoffkling et al., 2017). Queste differenze possono derivare dagli effetti biomedici dell'uso di ormoni esogeni o dalle chirurgie affermative (Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Dal punto di vista psicosociale, i problemi principali riguardano la relazione con la propria identità di genere, la disforia corporea e la percezione altrui del proprio corpo in gravidanza

(Obedin-Maliver & Makadon, 2016; Ellis et al., 2015). Inoltre, le persone transgender lamentano forme di discriminazione e stigma da parte dei fornitori di servizi medici e amministrativi (Besse, Lampe & Mann, 2020; Brandt, Patel, Marshall & Bachmann, 2019). Complessivamente, affrontano un'ampia varietà di barriere per accedere alle cure ostetriche e ginecologiche (Hoffkling et al., 2017; Light et al., 2014; 2018). Tra gli aspetti maggiormente osservati dagli studi (Besse et al., 2020; Wingo, Ingraham & Roberts, 2018; Nordmarken & Kelly, 2014; Obedin-Maliver & Makadon, 2016) c'è la qualità delle cure ricevute, in termini di mancato riconoscimento della propria attribuzione di genere e l'utilizzo di un linguaggio percepito come non appropriato, con preferenze per termini tendenzialmente neutri che evitino riferimenti ai connotati sessuali (es. "sanguinamento" anziché mestruazioni o "cavità anteriore" al posto di vagina, Hoffkling et al., 2017). Talvolta i professionisti specializzati in medicina riproduttiva sono accusati di mancanza di competenza culturale nelle interazioni. Pur riconoscendo le buone intenzioni e l'intento non discriminatorio, i soggetti in cura si sentono patologizzati e costretti a sottoporsi a esami non rilevanti rispetto all'intento riproduttivo (Ibid.). In particolare, le banche dello sperma, essendo servizi privati, possono decidere se fornire o meno lo sperma a un dato cliente, richiedendo spesso l'approvazione preventiva di un medico (Pietrzak, 2012). Numerosi partecipanti descrivono un sistema di assistenza sanitaria orientato verso pazienti donne, mentre altri hanno avuto esperienze positive con professionisti che non consideravano il loro essere trans una stranezza e utilizzavano i pronomi richiesti (Light et al., 2014). Se alcuni chiedono di essere considerati pazienti normali, altri esplicitano come vorrebbero che i professionisti si prendessero cura di loro, dopo essere stati chiamati con il genere sbagliato o sentiti dire che non sarebbero buoni genitori, diventando diffidenti verso l'assistenza sanitaria nazionale e preferendo l'assistenza domiciliare

(Birenbaum-Carmeli et al., 2021). Gli intervistati differiscono ampiamente nel bisogno di affermazione dell'identità di genere in caso di gravidanza. Per alcuni, essere riconosciuti come uomini è critico per il proprio benessere, mentre altri sono solo minimamente infastiditi dall'essere identificati secondo il proprio sesso originario (Hoffkling et al., 2017). Per alcuni era importante essere visti come gestanti, mentre altri preferivano non far riconoscere il proprio stato di gravidanza al di fuori della propria cerchia ristretta (Ibid.). Le strategie comunemente adottate includono: (1) passare per una donna cisgender, (2) nascondere lo stato di gravidanza, (3) esporsi visibilmente come transgender e gestanti, con il rischio di discriminazioni (Hoffkling et al., 2017; Ellis et al., 2015). Il vissuto più caratterizzante durante il periodo perinatale è la sensazione di isolamento, che permea le interazioni sociali e rende difficile la risposta emotionale durante ogni stadio del conseguimento della genitorialità biologica, in particolare se affiancata all'incongruenza di genere (Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Bessee et al., 2020). Questa sensazione è descritta come mancanza di supporto e invisibilità (Light et al., 2014), esacerbata dalla sensazione di distanziamento dalla comunità LGBTQIA+ (Ellis et al., 2015). Molti menzionano la depressione post partum, diagnosticata o inferita dalle narrazioni di episodi depressivi perinatali (Ibid.). La popolazione transgender è particolarmente a rischio di depressione post partum, dato il tasso più alto di depressione e suicidio rispetto alla popolazione generale, aggravato dalla mancanza di supporto familiare e sociale, dalla discriminazione e dalla solitudine (Grant, Motter & Tanis, 2011; Ellis et al., 2015; Light et al., 2014). Gli aspetti depressivi possono essere alimentati dalla disforia e non accettazione del proprio corpo sessuato, accentuati dal concepimento, gravidanza e parto (Ellis et al., 2015). Sebbene l'impatto psicologico della gravidanza sulla disforia di genere sia ancora sconosciuto, l'esperienza di travaglio, parto e

allattamento al seno, essendo collegabile al genere femminile, esacerba il vissuto disforico (Brand et al., 2019; Obedin-Maliver & Makadon, 2016; Hoffkling et al., 2017). Tuttavia, alcuni uomini transgender vivono l'esperienza della gravidanza come accesso alla paternità (Light et al., 2014). Monitorare il peggioramento della disforia di genere e dell'ideazione suicidaria è tra gli aspetti più impegnativi dell'assistenza ostetrica (Brand et al., 2019). I partecipanti allo studio di Ellis et al. (2015) evidenziano la complessità emozionale dell'esperienza descrivendo la decisione di intraprendere una gravidanza come un'entrata nell'ignoto, sottolineando l'ambiguità di un periodo solitario e travolgente a livello emotivo, in cui hanno cercato strategie di coping per gestire le sensazioni di agitazione e tumulto. La maggior parte riporta un forte conflitto interiore nella fase preconcezionale, alternando sofferenza, curiosità e intensi momenti di crisi. Sebbene molti abbiano mantenuto un'identità di genere stabile durante il periodo perinatale, alcuni hanno temuto di tornare ad essere donne a causa dei tentativi di concepimento e della sospensione del testosterone. I cambiamenti corporei connessi accentuano i connotati femminili e la perdita di controllo sul proprio corpo - non più trattato con ormoni esogeni - con esiti diversi: alcuni hanno sperimentato sollievo al termine del processo, altri disconnessione con sé stessi e con il feto, aumentando la disforia (Light et al., 2014). L'insufficienza di informazioni specifiche per persone transgender è esemplificata dal fatto che i partecipanti non fossero al corrente dei significativi cambiamenti umorali associati alla sospensione del testosterone durante la gravidanza e nel periodo post partum (Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017). La mancanza di indicazioni specifiche può esacerbare il conflitto tra il desiderio di fertilità e quello per i trattamenti di affermazione di genere (Ellis et al., 2015; Hahn, Sheran, Weber, Cohan, & Obedin-Maliver, 2019; Hoffkling et al., 2017; Wingo et al., 2018). La carenza di informazioni

sugli effetti a breve e lungo termine del testosterone genera frustrazione (Hoffkling et al., 2017). L'uso di testosterone esogeno può influire sulla fertilità e lo sviluppo del feto (Coleman et al., 2012; Gorton, 2018; Hembree et al., 2009), ma si sottolinea come la sospensione di almeno sei mesi sia efficace (Pietrzak, 2012), essendo necessario un periodo di sospensione per l'interruzione del ciclo mestruale (Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Infine, la possibilità di congelare ovociti è ancora scarsa, complessa e costosa (Wingo et al., 2018).

CAPITOLO TERZO

ESSERE GENITORI

3.1 Appellativi e soprannomi per i genitori

Nella relazione tra genitori transgender e non binari e i propri figli, le domande e le scelte relative al linguaggio e agli appellativi sono cruciali. Per molti genitori trans* e non binari, la scelta delle parole con cui i figli li chiamano rappresenta un aspetto profondamente personale legato alla loro identità di genere. Alcuni figli potrebbero preferire usare il nome proprio del genitore, mentre altri potrebbero adottare parole tradizionalmente binarie come mamma o papà, anche se non corrispondono al genere assegnato alla nascita del genitore. Questo processo può essere molto vario: in alcune famiglie, si sviluppano nuovi e creativi appellativi che riflettono l'individualità della relazione familiare, offrendo una gamma più ampia di opzioni rispetto a quanto spesso si trova nelle famiglie con genitori cisgender. La flessibilità e l'apertura degli adulti possono facilitare questa esplorazione, consentendo ai figli di adattare il modo in cui chiamano i loro genitori a seconda del contesto o della loro propria comfortabilità. Ad esempio, Raphael ha permesso a suo figlio di scegliere liberamente come chiamarlo, riscontrando un'evoluzione naturale nel linguaggio nel tempo. Mo, invece, ha condiviso un'esperienza positiva in cui i suoi bambini hanno accettato il suo nuovo nome e hanno aggiunto creativamente altri soprannomi,

arricchendo così la loro relazione familiare. Queste testimonianze evidenziano l'importanza di rispettare la libertà dei figli di esprimersi e di adattare il linguaggio familiare in modo che sia autentico e confortevole per tutti i membri della famiglia, indipendentemente dalle norme tradizionali di genere.

3.2 Una cultura queer: crescere con genitori e figure di riferimento trans* e non binarie

I genitori trans* e non binari svolgono un ruolo cruciale nell'educare i propri figli alla pluralità di genere. Attraverso l'esperienza personale dei genitori o delle figure di riferimento, i bambini entrano in contatto diretto con una realtà che va oltre le convenzioni cis-eteronormative. È normale per loro comprendere che esistono più di due generi e che è possibile cambiare il proprio nome e pronome. Mo, partecipante a uno studio, ha sottolineato: "I miei bambini sanno che non ci sono solo maschi e femmine." Questo ambiente permette ai bambini di crescere con una consapevolezza della diversità di genere fin dalla giovane età. Alcuni bambini delle famiglie arcobaleno, come illustrato da Raphael, sono circondati più da persone trans* che cisgender, normalizzando così l'esperienza trans* per loro. Questo approccio è stato descritto come 'culturalmente queer' dalle famiglie con genitori cisgender, poiché espongono i loro figli a una varietà di identità di genere e orientamenti non conformi alle norme tradizionali. Joke Janssen, in un suo scritto, ha esaminato l'evoluzione del dibattito sulla transessualità tra i bambini e le figure di riferimento. Mentre all'interno della famiglia i bambini acquisiscono familiarità con esperienze trans* e non binarie, all'esterno si confrontano quotidianamente con norme di genere rigidamente codificate. Queste contraddizioni diventano spunto per discussioni approfondite, riformulando costantemente la comprensione della

transessualità senza la pressione delle norme dominanti cis-normative. L'approccio di Janssen permette di affrontare anche l'atteggiamento negativo verso le persone trans e queer che il bambino potrebbe osservare nella società. Questo processo educativo equipaggia il bambino con gli strumenti per navigare l'ostilità e la discriminazione, promuovendo un ambiente di accettazione e comprensione. Questa rielaborazione riflette come i genitori trans* e non binari non solo influenzano la percezione dei loro figli sulla diversità di genere, ma anche come preparano i loro figli a navigare un mondo spesso non inclusivo verso le identità di genere non conformi.

3.3 Educare: tra aspettative e valori

Durante l'infanzia e l'adolescenza, molti genitori trans* e non binari hanno vissuto l'oppressione delle rigide norme di genere e la mancanza di riconoscimento dei propri sentimenti e desideri. È cruciale quindi permettere ai propri figli di esplorare liberamente la propria identità di genere, come testimoniano le seguenti dichiarazioni. "Desidero che i miei figli trovino la propria identità di genere senza essere limitati dalle categorie predefinite." (Alicia) "Spero che i miei figli considerino uno spettro più ampio di possibilità quando pensano al genere." (Raphael). Questi desideri evidenziano una visione del genere come esperienza multipla, che sfida le aspettative tradizionali legate ai ruoli maschili e femminili. I bambini vengono educati a non conformarsi agli stereotipi di genere, consentendo loro di esplorare diversi ruoli e riflettere sulla propria identità di genere. Tuttavia, questa educazione non è priva di sfide, poiché può esporre i bambini a ulteriori discriminazioni se non si adattano alle norme di genere convenzionali. Le persone conservatrici e queer-negative spesso guardano con sospetto queste pratiche educative, temendo che possano essere influenzate dalla cosiddetta "teoria del gender", nonostante non ci siano basi

scientifiche per questa preoccupazione. È importante distinguere che il comportamento variegato in materia di genere può avere molteplici origini, come l'interesse per diversi tipi di gioco o il desiderio di appartenere a nuovi gruppi sociali, oltre alla semplice identità trans*. Il dibattito se l'orientamento sessuale dei genitori influenzi quello dei figli rimane una questione dibattuta, ma nella comunità delle famiglie arcobaleno con genitori cisgender, non vi è alcuna evidenza scientifica che l'identità di genere o l'orientamento sessuale dei figli sia influenzato dall'identità dei genitori. Educare i propri figli al di fuori delle norme di genere stabilite mette i genitori trans* e non binari di fronte a un dilemma emotivo. Da una parte, desiderano proteggere i loro figli dalle discriminazioni che potrebbero subire a causa della loro identità di genere non conforme. Dall'altra, devono navigare tra le aspettative della cultura dominante che non sempre coincide con i valori della loro famiglia. Queste sfide sono esemplificate dalle testimonianze di genitori come Mo e Alex, che esprimono preoccupazioni sulle percezioni negative che i loro figli potrebbero affrontare a causa della loro identità di genere non conforme. È cruciale che i genitori trans* e non binari trovino supporto tra loro e nelle comunità LGBTQ+ per affrontare queste sfide. Concludendo, l'educazione dei figli riguardo alle identità di genere rimane un processo intimo e personale per le famiglie trans* e non binarie. È essenziale trovare un equilibrio tra l'incoraggiare l'autenticità dei figli e mitigare il rischio di discriminazione, talvolta navigando vicino alle norme di genere predominanti per garantire una maggiore accettazione sociale.

3.4 L'approccio ad asili nido, scuole e istituzioni

Per molti genitori trans* e non binari, la questione di sé, quando e in quali contesti rivelare la propria identità di genere è una costante fonte di riflessione. Decidere se

parlare apertamente della propria genitorialità o mantenere riservata la propria transessualità può essere complesso, specialmente in ambienti dove l'idea di genitori trans* e non binari non è affatto contemplata. Questa mancanza di riconoscimento spesso genera un clima di incertezza e incomprensione, particolarmente nei confronti di quei genitori che hanno partorito o procreato da soli i/le proprie figlie. Le reazioni che i genitori trans* e non binari incontrano negli altri possono variare notevolmente, oscillando dalla curiosità morbosa al disprezzo, fino all'incomprensione e al totale rifiuto. Di fronte a questi atteggiamenti, essi possono scegliere di nascondere la propria transessualità o manifestarla apertamente, a seconda del contesto e del tipo di relazione. Questa strategia è spesso influenzata dal desiderio di evitare atteggiamenti ostili o sprezzanti e di proteggere sé stessi e i propri figli. Inoltre, l'esperienza pregressa di discriminazione, subita sia dal genitore che dal/la bambino, gioca un ruolo cruciale nelle loro decisioni. Le domande sulla genitorialità rappresentano una sfida frequente per i genitori trans* e non binari. Per affrontare queste situazioni, molti si preparano in anticipo, elaborando risposte che possano aiutarli a reagire prontamente e a stimolare ulteriori discussioni. Ecco alcune delle risposte raccolte che potrebbero essere utili in questi contesti:

"Come spieghi ai tuoi figli la tua identità di genere?"

"Spiego loro che le persone sono diverse e che ogni individuo ha il diritto di essere sé stesso. Parliamo di rispetto e di accettazione delle diversità".

"I tuoi figli come reagiscono alla tua transessualità?"

"I miei figli mi vedono come il loro genitore e il nostro legame si basa sull'amore e sulla fiducia. La mia identità di genere non cambia il fatto che io sono il loro genitore amorevole".

"Hai incontrato difficoltà legali o burocratiche a causa della tua identità di genere?"

"Sì, ci sono state delle sfide, ma sto lavorando per superarle e per garantire che i diritti della mia famiglia siano rispettati. Sto anche cercando di sensibilizzare le istituzioni su queste problematiche".

"Come gestisci le reazioni negative della società?"

"Cerco di educare le persone e di affrontare le situazioni con calma e pazienza. Quando necessario, mi appoggio a reti di supporto e a comunità che comprendono e sostengono la nostra realtà". In aggiunta, è importante ricordare che il supporto psicologico e le reti di sostegno comunitario possono essere risorse fondamentali per i genitori trans* e non binari. Organizzazioni come PFLAG, Gender Spectrum e il Trevor Project offrono supporto e risorse specifiche per le famiglie LGBTQ+. In conclusione, la visibilità e la condivisione delle esperienze dei genitori trans* e non binari sono cruciali per promuovere una maggiore comprensione e accettazione nella società. Educare le persone e creare spazi sicuri dove poter essere sé stessi senza timore di discriminazione è essenziale per il benessere di tutte le famiglie.

3.5 Scuola materna e primaria: i rapporti con le strutture cis-etero normate

Gli studi evidenziano che i genitori trans* e non binari sono particolarmente attenti nella scelta dell'asilo nido, della scuola materna o della scuola primaria per i/le proprie figlie. La loro preoccupazione principale è garantire che i/le figlie non vengano escluse e che siano rispettate. Per questo motivo, è fondamentale trovare istituzioni con una mentalità aperta verso la pluralità sessuale e di genere, o che abbiano altre bambine provenienti da famiglie arcobaleno. Tuttavia, trovare il posto giusto può essere una sfida significativa, data la carenza di tali strutture, soprattutto nelle aree meno

urbanizzate. Prima dell'ingresso al nido, alla materna o alla scuola primaria, è essenziale che i genitori trans* e non binari organizzino un colloquio con il personale della scuola per spiegare la situazione familiare. Questo può prevenire situazioni in cui il/la bambinè possa essere rifiutatè o isolatè per aver condiviso il proprio vissuto, come ad esempio "Io sono nato dalla pancia del papà". Studi e testimonianze indicano che le scuole tendono spesso a dare per scontati i valori cis-etero normativi, mantenendo la struttura familiare padre-madre-figlio e il concetto di genere binario (maschio-femmina) senza metterli in discussione. Alicia, una madre trans*, ha raccontato come questi valori emergano anche dal linguaggio utilizzato dagli insegnanti dei/le suè figlè, che poi viene ripetuto a casa. Sensibilizzare il personale scolastico è un compito lungo e paziente, necessario affinché i/le figlè delle persone trans* e non binarie e delle famiglie arcobaleno non vengano escluse o si sentano isolate. Ad esempio, Raphael ha condiviso la sua esperienza dicendo: "Soffrivo molto all'idea che alla scuola materna mio figlio fosse l'unico di una famiglia arcobaleno. Doveva combattere per essere considerato e sentirsi inserito, visti i pochi modelli di riferimento esistenti. La sola cosa che potevo fare era creare degli spazi, anche extrascolastici, dove il nostro modello familiare non fosse l'unico". Oltre al linguaggio cis-etero normativo, nelle scuole materne e primarie persistono offese omo- e transnegative, rivolte sia agli/le alunne che si sono già manifestatè come persone queer, sia ai/le figlè delle famiglie arcobaleno. Raphael ha ulteriormente raccontato: "È molto difficile per mio figlio riuscire a barcamenarsi tra la realtà esistente in famiglia e quella della scuola, dove la parola 'gay' è considerata un insulto". È responsabilità della direzione scolastica, degli/le insegnanti e di tutto il personale garantire che nessunè sia vittima di offese o ostilità e assicurare che non si utilizzino termini discriminatori o dispregiativi. La formazione del personale

scolastico è fortemente raccomandata per diffondere conoscenze sulla pluralità sessuale e di genere e combattere le discriminazioni. Organizzazioni come Gender Spectrum, GLSEN (Gay, Lesbian & Straight Education Network) e Stonewall offrono programmi di formazione e risorse educative per insegnanti e scuole, mirati a creare ambienti più inclusivi e rispettosi per tutti gli studenti.

3.6 Esperienze con uffici, amministrazioni pubbliche e istituzioni

Il contatto con uffici e istituzioni rappresenta una fonte di grande stress per molti genitori trans* e non binari. A causa della discriminazione esistente nel diritto di famiglia, una parte significativa di questi genitori non dispone di documenti che attestino la loro genitorialità in modo coerente con la loro identità di genere. Ad esempio, i dati riportati sulla carta d'identità potrebbero non coincidere con quelli sul certificato di nascita del/la bambino. Questa discrepanza richiede continui coming out e comporta una grave violazione della privacy. Raphael racconta: "Ogni volta bisogna raccontare sempre tutta la storia. Ogni volta arriva una lettera in cui si chiede: 'Dov'è la madre? Prego allegare tutti i documenti.' Allora io dico: 'Non ho altri documenti. Questo è quello che posso darvi.' Bisogna sempre rivelare tutta la storia della famiglia. Non siamo ancora arrivati a essere tenuti in considerazione." Ben aggiunge: "È un grande peso già solo il fatto di non essere riconosciuti come uno dei genitori." D'altro canto, esistono anche esperienze positive. Alicia, ad esempio, ha ricevuto sostegno da parte di un impiegato dei Servizi sociali: "La cosa era molto diversa quando le comunicazioni avvenivano da remoto e in forma scritta. Di persona le cose sono state fortunatamente più facili perché gli impiegati pensavano più al bene del/la minore rispetto ai colleghi del Comune." Nonostante queste esperienze positive, interagire con uffici e istituzioni rimane molto stressante. Spesso emerge un

senso di impotenza quando il proprio modello familiare o ruolo genitoriale non viene riconosciuto dal quadro normativo. Per non sentirsi solø in queste situazioni, è cruciale cercare supporto nel proprio contesto sociale. Farsi accompagnare da un/ amicø a un appuntamento, o parlare con lui/lei dopo una telefonata particolarmente faticosa, può aiutare a manifestare e gestire la rabbia, la frustrazione e la tristezza accumulate. In aggiunta, esistono risorse e organizzazioni che offrono supporto legale e psicologico ai genitori trans* e non binari. Organizzazioni come Lambda Legal, il National Center for Transgender Equality e il Transgender Law Center forniscono consulenza legale e assistenza per affrontare le discriminazioni legate alla genitorialità. Inoltre, gruppi di supporto come PFLAG e Gender Spectrum offrono spazi sicuri per condividere esperienze e ricevere sostegno emotivo. La legislazione varia da paese a paese e, anche all'interno di uno stesso paese, da stato a stato o da regione a regione. In alcune giurisdizioni, i genitori trans* possono incontrare meno ostacoli burocratici rispetto ad altre, grazie a politiche più inclusive. Tuttavia, l'incoerenza normativa e la mancanza di riconoscimento legale della genitorialità trans* rimangono problemi diffusi. In definitiva, per migliorare la situazione dei genitori trans* e non binari è necessario un cambiamento normativo che riconosca pienamente i loro diritti. Questo richiede un impegno costante da parte delle istituzioni e della società civile per promuovere l'inclusione e combattere la discriminazione in tutte le sue forme.

CAPITOLO QUARTO

***DESIDERIO DI GENITORIALITÀ IN PERSONE TRANSGENDER E
NON BINARIE: UNO STUDIO QUALITATIVO***

4.1 Il disegno di ricerca

Il presente elaborato riporta i dati preliminari di un progetto di ricerca in corso dal titolo “Desiderio di genitorialità delle persone transgender e non binary”, svolto presso l’Università degli Studi di Pavia. L’obiettivo di questo studio è approfondire il tema del desiderio o meno di genitorialità (biologica e non) delle persone transgender e non binary. Nello specifico, si vuole indagare, se, come e in quale misura l’aspetto sociale e il vissuto del proprio percorso di affermazione di genere possano influenzare il desiderio di genitorialità. Ci si propone, inoltre, di valutare la diffusione della conoscenza circa le possibilità di preservazione della fertilità e crioconservazione (in termini di supporto informativo ricevuto) e raccogliere le considerazioni formulate in relazione a tale procedura. A partire dal focus sulle eventuali fantasie o pensieri in merito alla genitorialità biologica, si allarga l’indagine al desiderio di essere genitori attraverso altre vie e a considerazioni più ampie rispetto al ruolo genitoriale.

4.2 Le fasi

L'invito a partecipare alla ricerca è stato diffuso su tutto il territorio italiano attraverso le reti dei social media e la collaborazione con associazioni specifiche del territorio (Rete Genitori Rainbow, Coming-Aut Pavia e Ala Milano Onlus). A tutti è stata garantita la possibilità di ricevere supporto psicologico e psicoterapico in caso di necessità in seguito all'intervista, o ulteriori informazioni in merito alle questioni trattate. Dopo essere stati informati delle garanzie a tutela della privacy e dell'anonimato delle informazioni espresse, come primo passaggio i partecipanti sono stati invitati a compilare il modulo relativo al consenso informato. Con coloro che hanno espresso, sempre su base volontaria, il consenso è stata svolta un'intervista online, tramite la piattaforma "Skype", semi-strutturata e i dati sono stati gestiti in maniera confidenziale abbinando dei codici di riconoscimento. Successivamente sono stati usati degli pseudonimi per riportare i risultati. Alla fine di ciascun incontro inoltre è stato dedicato un momento per raccogliere dei riscontri dai partecipanti rispetto alle modalità di conduzione dello stesso e alla formulazione delle domande del questionario, così come per sollecitare la libera esplicitazione di temi ulteriori, non direttamente attenzionati o emersi in precedenza.

4.3 I partecipanti

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio presentando in questo elaborato prevedevano di avere almeno 18 anni e di identificarsi come *transgender* e/o *non binary*. Non era necessario avere figli o avere l'intenzionalità di volerne avere in un futuro, così come non era necessario aver intrapreso un trattamento ormonale o altre azioni di affermazioni di genere. Sono stati intervistati in tutto 11 partecipanti. La

provenienza spazia tra Lombardia, Sicilia, Lombardia, Campania, Sardegna, Lazio, Puglia.

4.4 Gli strumenti

È stata utilizzata un'intervista semi-strutturata composta da dieci domande. La prima domanda è stata pensata per creare un'atmosfera accomodante nei confronti dei partecipanti così da sentirsi liberi di esprimersi in merito ad alcuni temi appartenenti alla sfera privata. Di seguito si sono susseguite una serie di domande che andavano a indagare l'influenza del ruolo di genere in relazione al desiderio di genitorialità. Successivamente era presente una sezione che focalizzava l'attenzione sulle informazioni ricevute, per chi avesse intrapreso un percorso di affermazione di genere, per quanto riguarda le varie possibilità riproduttive. La parte finale, invece, indagava l'influenza che potessero avere il contesto culturale e la società riguardo il desiderio di avere o meno dei figli. Più in generale, nelle interviste sono stati approfonditi la presenza del desiderio di genitorialità con le connesse motivazioni, le eventuali strade di realizzazione e ostacoli, nonché eventuali percorsi di informazione e scelta di preservazione della fertilità. Ai partecipanti inoltre è stato chiesto cosa volesse dire per loro essere una figura genitoriale.

Le domande utilizzate, ai fini di questa tesi sperimentale, sono le seguenti:

- 1. Per iniziare, le chiederei di parlarmi un po' della sua famiglia d'origine, con chi è cresciuto/a, se ha fratelli/sorelle (se era figlio/a unico/a), com'era il rapporto con i suoi genitori, come i suoi genitori si prendevano cura e si occupavano di lei ... Nel rispondere, faccia riferimento al periodo che va dalla nascita fino alla prima adolescenza (11-12 anni).*

2. *Pensa che i ruoli di genere influenzino la genitorialità? Se sì, in che modo?*
3. *Ha mai pensato di avere dei figli o desidera vorrebbe averli?*
 - 3.1 *(Se sì) l'intenzione e/o il desiderio (la voglia) di avere figli era già presente prima di intraprendere il percorso di affermazione di genere?*
 - 3.2 *Immagina che tipo di genitore sarebbe?*
 - 3.3 *Pensa che il suo genere/la sua identità di genere possa influenzare la sua genitorialità? Per esempio, nella scelta dei nomi "mamma/papà". Oppure [nel caso MTF] da un punto di vista di gestazione/allattamento/parto? (in generale come vivrebbe il corpo una persona transgender nei momenti di gestazione/allattamento/parto)*
 - 3.4 *Sente che la sua intenzione o il suo desiderio di avere figli sia cambiato dopo aver affermato la sua identità di genere [per persone T] /il suo genere [per persone NB]?*
 - 3.5 *Con quale modalità vorrebbe avere figli? Come mai con questa modalità?*
 - 3.6 *Se non ha mai pensato di avere dei figli o se non li desidera, sa dirmi per quali ragioni non ha intenzione o non vorrebbe avere figli?*
4. *È a conoscenza delle varie possibilità che ci sono per avere figli? [Per persone T] Se si è rivolto/a a un centro per il percorso di affermazione di genere, le sono state fornite informazioni relative anche agli aspetti riproduttivi e, quindi, alla possibilità di avere o non avere figli e in che modo averli?*
5. *[Per persone T] Il desiderio di avere figli* ha influenzato o sta influenzando il suo percorso di affermazione di genere? Se sì, in che modo?*
6. *Quanto pensa che il contesto culturale e gli atteggiamenti sociali incidano sulla sua intenzione o sul suo desiderio di avere figli?*

7. *Quali pensa siano gli aspetti unici dell'esperienza della genitorialità per le persone transgender/non binary?*
8. *Quali pensa siano le sfide o difficoltà per le persone transgender/non binary nel diventare genitore?*
 - 8.1 *Pensa potrebbero esserci delle difficoltà nel crescere figli in quanto genitore transgender/non binary? Se sì, quali?*
9. *Immagini di raccontare a suo figlio come è stato concepito. Come lo racconterebbe? Cosa vorrebbe direbbe?*
10. *Al termine di queste domande, le è venuto in mente altro che non abbiamo esplorato o che vorrebbe condividere con me?*

Nonostante le domande poste ai partecipanti allo studio siano dieci, ho scelto di analizzare con maggiore attenzione le domande inerenti l'influenza del contesto culturale/sociale riguardo il desiderio di genitorialità, più nello specifico le seguenti domande:

6. *Quanto pensa che il contesto culturale e gli atteggiamenti sociali incidano sulla sua intenzione o sul suo desiderio di avere figli?*
7. *Quali pensa siano gli aspetti unici dell'esperienza della genitorialità per le persone transgender/non binary?*
8. *Quali pensa siano le sfide o difficoltà per le persone transgender/non binary nel diventare genitore?*
 - 8.1 *Pensa potrebbero esserci delle difficoltà nel crescere figli in quanto genitore transgender/non binary? Se sì, quali?*

4.5 L'analisi tematica

Strumento flessibile e versatile, l'analisi tematica è "un metodo per identificare, analizzare e riportare dei pattern (temi) all'interno dei dati" (Braun & Clarke, 2006). L'obiettivo di questo metodo è identificare e analizzare i temi significativi presenti in una narrazione verbale soggettiva, non solo per strutturarne il riassunto del contenuto, ma soprattutto per far emergere i significati intrinseci alla storia. Tra i vari metodi qualitativi proposti in diverse cornici teoriche, quello sistematizzato da Braun e Clarke (2006) si distingue per essere dichiaratamente non vincolato teoricamente, risultando quindi applicabile in contesti differenti. Di particolare importanza è la coerenza con cui viene applicato il metodo, che comprende sei passaggi da svolgere in successione, ma che possono essere anche ricorsivi. Si tratta di linee guida da adattare in modo flessibile ai dati di ricerca, piuttosto che di elementi da applicare rigidamente in modo unidirezionale. I sei passaggi sono:

1. Familiarizzarsi con i dati;
2. Generare i codici iniziali;
3. Ricercare i temi;
4. Rivedere i temi;
5. Definire e nominare i temi;
6. Produrre il resoconto.

4.6 Le fasi del metodo qualitativo secondo Braun e Clarke

La prima operazione da compiere è immergersi nel materiale da analizzare, approcciandosi ai dati in modo attivo per iniziare a individuare le tematiche più ricorrenti, senza però oltrepassare il solco tracciato dai partecipanti allo studio. Il

ricercatore deve trascrivere l'intervista e rileggerne il testo più volte, soprattutto se il trascritto è stato prodotto da altri. Se invece è stato lui stesso a condurre il colloquio, ciò facilita la comprensione ed è predittivo di migliori risultati. Sebbene la lettura ripetuta richieda un tempo considerevole, essa costituisce la base fondamentale per un lavoro approfondito e accurato. Dopo aver stilato un elenco preliminare di idee relative ai contenuti dell'intervista e alle tipologie di informazioni rilevanti per il proprio studio, il ricercatore procede elaborando i codici veri e propri. Questi sono sotto forma di frasi o brevi paragrafi distinti da un codice alfanumerico che permetterà poi di distinguerli e ricollegarli, nelle parti successive dell'elaborazione, alla parte del trascritto da cui sono stati estrapolati. Ogni codice contiene dati esplicitamente riferiti al soggetto o latenti, inferiti dall'analizzante. Pertanto, ogni processo di codifica sarà differente a seconda della modalità peculiare con cui viene condotta. Il ricercatore può scegliere di avvalersi di un modello particolare o di alcune domande specifiche come guida, oppure il processo può essere guidato dai dati (data-driven), costruendosi sui temi emersi dalle parole e dalle idee raccolte. È comunque essenziale mantenere la ricchezza del contenuto espresso dall'intervistato. Sia che questo passaggio venga svolto su supporto cartaceo o digitale, si possono usare colori differenti per indicare pattern ricorrenti, oppure riprendere direttamente frasi come citazioni esemplificative. Si raccomanda di codificare tutti i contenuti, senza scremare in anticipo, per evitare di perdere elementi che potrebbero successivamente risultare informativi. Il passaggio di produzione dei codici si conclude riportandoli in un elenco tabulato o comunque ordinato, da cui attingere successivamente. Una volta ottenuta la lista dei codici, il ricercatore procede a organizzarli raggruppando un ristretto numero di codici in un sotto-tema che li richiama e li collega. Un numero di circa dieci codici o poco meno per sotto-tema è

una buona dimensione per impostare un'analisi data-driven, che porterà alla formulazione dei temi organizzando a loro volta i sotto-temi in gruppi con etichette più ampie, che collegano gli aspetti condivisi dai vari sotto-temi. È possibile che qualche codice ricada sotto più sotto-temi o che non sia incluso in nessuno specifico. Si consiglia di sviluppare una modalità di rielaborazione grafica per spostare fisicamente i codici nei relativi sotto-temi e avere così una resa migliore delle relazioni tra i vari estratti e le tematiche. In questa fase i temi prendono forma, si modellano ed evolvono seguendo i principi di omogeneità interna e eterogeneità esterna già proposti da Patton (1990), ovvero i dati all'interno del tema dovrebbero essere coerenti insieme in modo significativo, mantenendo allo stesso tempo una divisione chiara e identificabile tra i vari temi. Rileggendo gli estratti raccolti in un tema, il ricercatore valuta la coerenza interna ed eventualmente include nuovi temi, ne elimina altri, differenzia alcuni aspetti prima aggregati o ne accorpa altri, applicando la stessa procedura a tutto il corpus tematico. L'obiettivo di questo passaggio è far emergere una "mappa tematica" che includa tutti i temi e spieghi in maniera esaustiva i dati, fornendo una rappresentazione accurata dell'intervista. Sebbene il processo possa reiterarsi fino a produrre nuovi codici e ulteriori temi, è opportuno arginare questo passaggio una volta raggiunto un livello di analisi soddisfacente, per poi procedere al passaggio successivo. A partire dalla "mappa tematica" prodotta, il ricercatore procede cercando una denominazione per ogni singolo tema, tentando di coglierne il senso globale e l'aspetto specifico della storia che racchiude. Questo è anche il momento del confronto nel caso in cui il processo di analisi sia stato condotto da due persone in parallelo: accostando le mappe tematiche e i rispettivi sottotemi, si colgono gli aspetti comuni e le sfumature dei dettagli riportati. Nell'articolazione dei temi generali che vengono qui definiti, si

possono includere anche ulteriori sottotemi aggiunti in corso d'opera. La stesura in forma discorsiva del resoconto dell'intervista analizzata avviene dopo che l'insieme dei dati è stato inserito nella "mappa tematica" e ogni elemento significativo riportato dall'intervistato è stato collocato nella costellazione dei temi e sottotemi che li organizza. È dunque il momento per il ricercatore di narrare la storia in modo che il lettore si convinca della validità della sua analisi. È importante che il resoconto fornisca una narrazione coerente, logica, concisa, non ripetitiva e informativa, che renda interessante la storia raccontata dai dati, all'interno e attraverso i temi. È importante che l'analisi (la stesura di essa, inclusi gli estratti dei dati) fornisca un resoconto conciso, coerente, logico, non ripetitivo e interessante della storia raccontata dai dati, all'interno e attraverso i temi" (Braun & Clarke, 2006).

4.7 Il procedimento applicato

Le interviste raccolte attraverso videoregistrazione autorizzata sono state trascritte verbatim e trasposte in un documento di testo da cui sono stati eliminati tutti i riferimenti ad informazioni personali identificative, per preservare l'anonimità dei partecipanti. Successivamente le analisi qualitative dei dati raccolti nelle interviste sono state condotte utilizzando l'approccio dell'analisi tematica - Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006). In seguito alla codifica di ciascuna intervista, sono stati evidenziati i sotto temi che ciascun partecipante aveva fatto emergere. Dall'insieme di tutti i sotto temi sono state poi rilevate le tematiche principali, declinate nelle sfumature presentate nelle varie storie di vita riportate, che saranno illustrate e commentate nel prossimo capitolo.

CAPITOLO QUINTO

I RISULTATI: ANALISI QUALITATIVA

5.1 L'influenza del contesto culturale e degli atteggiamenti sociali sull'intenzione o sul desiderio di avere figli

Nella seguente analisi qualitativa sono state prese in considerazione le seguenti domande:

- 1) *Quanto pensa che il contesto culturale e gli atteggiamenti sociali incidano sulla sua intenzione o sul suo desiderio di avere figli?*
- 2) *Quali pensa siano gli aspetti unici dell'esperienza della genitorialità per le persone transgender/non binary?*
- 3) *Quali pensa siano le sfide o difficoltà per le persone transgender/non binary nel diventare genitore?*

Ho deciso di concentrare la mia attenzione su queste tre domande poiché il mio intento è sempre stato quello di andare a indagare in che modo il contesto culturale e gli atteggiamenti potessero incidere sull'intenzione o sul desiderio di avere dei figli. Ho trovato molto interessante, inoltre, andare a investigare quali possano essere gli aspetti unici e le sfide, o difficoltà, dell'esperienza della genitorialità per le persone transgender e/o non binary.

Per quanto concerne la prima domanda sono emersi diversi e curiosi temi principali che andremo a studiare di seguito.

5.1.1 Pressione sociale

Le risposte evidenziano una forte pressione sociale in Italia, soprattutto sulle donne, riguardo l'aver figli. Di conseguenza le donne transgender, spesso, sentono il peso, da parte della società, di non poter concepire, secondo le norme culturali di riferimento, dei figli. La cultura italiana è descritta come avente un forte impatto sulle aspettative di genitorialità, con un'enfasi sulla competenza della donna solo se diventa madre. Tuttavia, gli intervistati percepiscono una dicotomia tra la pressione sociale percepita e l'autonomia individuale: sebbene venga riconosciuta la potenza delle norme culturali italiane, viene comunque affermata l'indipendenza personale, suggerendo così una forte consapevolezza delle dinamiche sociali senza però subirne l'influenza diretta. Tuttavia, è bene evidenziare come, oltre alla pressione sociale, siano emerse, da parte degli intervistati, le numerose pressioni e consigli non richiesti che i genitori ricevono dalla società: l'analisi critica della mancanza di supporto e dell'ipercritica sociale mette in luce le difficoltà specifiche delle persone trans nel contesto della genitorialità;

5.1.2 Ambiente Queer

Nonostante tutti gli intervistati riconoscano una discriminazione derivata dal contesto sociale e culturale, viene percepita contemporaneamente una minore pressione che potrebbe derivare dal fatto di vivere in ambienti sempre più liberali e queer-friendly. Questo è possibile anche grazie al maggior interesse verso argomenti che, fino a qualche anno fa, venivano considerati dei tabù all'interno della nostra società. La maggiore attenzione verso la società LGBTQ+ permette di avere una visione effettiva e sempre meno stereotipata della realtà;

5.1.3 Esclusività e stereotipi

Nelle risposte sono emerse diverse critiche riguardo la rappresentazione stereotipata e sessista dei servizi di salute e dei ruoli genitoriali. Per quanto concerne i primi, questi rappresentano un notevole ostacolo in quanto, in prospettiva una futura genitorialità, è necessario e indispensabile entrarne a contatto. Spesso il personale, all'interno dei servizi di salute, non è sufficientemente informato in merito al contesto dei percorsi di affermazione di genere e più in generale all'ambiente queer. Di conseguenza, le persone transgender e non binary, si ritrovano a vivere costantemente situazioni di disagio che possono portare a una mancanza di interesse, ad esempio, nel voler perseguire un possibile desiderio di genitorialità. Ad esempio, la femminilizzazione della gravidanza viene vista come un ostacolo significativo per le donne transgender, le quali suggeriscono la necessità di rappresentazioni più inclusive e meno stereotipate. Allo stesso tempo, gli uomini transgender, esprimono, a loro volta, la difficoltà di immaginarsi genitori a causa della femminilizzazione della gravidanza e della nascita. Queste risposte mettono in evidenza come le norme di genere influiscano profondamente sulla percezione di sé come potenziale genitore. Dunque, queste risposte sottolineano come le pressioni sociali e le discriminazioni possano influenzare negativamente il desiderio di avere figli. Così come si è discusso in merito all'influenza degli stereotipi sulla famiglia tradizionale e l'importanza, sempre più urgente, di una società rispettosa: l'accettazione e il rispetto sono indicati come valori fondamentali per una genitorialità sana, indipendentemente dalla composizione familiare;

5.1.4 Esperienza personale

Il proprio percorso di affermazione di genere è visto come un fattore che modifica radicalmente le aspettative e le percezioni sociali. Viene, infatti, enfatizzata l'accettazione personale e sociale come fattore cruciale per un futuro desiderio di genitorialità. A sostegno di questo desiderio, è stata evidenziata anche la necessità di un supporto sociale ma anche di un supporto frutto di relazioni a lungo termine. Riguardo ciò è stato rimarcato come la mancanza di relazioni stabili e di supporto sociale possano scoraggiare il desiderio di avere dei figli. Le esperienze delle persone transgender e non binary sono descritte come caratterizzate da una maggiore difficoltà nel trovare partner disposti a impegnarsi in relazioni durature.

Le risposte mostrano una vasta gamma di esperienze e percezioni riguardo l'influenza del contesto culturale e degli atteggiamenti sociali sul desiderio di avere figli. Temi ricorrenti includono la pressione sociale, le norme di genere, la discriminazione, e l'impatto della transizione di genere. Le esperienze personali e la resilienza variano notevolmente, ma un filo conduttore è la necessità di rappresentazioni più inclusive e supporto sociale per rendere la genitorialità un'opzione più accessibile e desiderabile per tutti, indipendentemente dal genere o dall'identità di genere.

5.2 Gli aspetti unici dell'esperienza della genitorialità per le persone transgender e/o non binary

Questa domanda è stata inserita all'interno dell'intervista semi-strutturata per indagare quali siano gli aspetti unici della genitorialità per le persone transgender e/o non binary: per aspetti unici si intendono tutti quegli aspetti che caratterizzano la genitorialità transgender e/o non binary rispetto alla genitorialità normativa. In

riferimento alle risposte ricevute sono emersi cinque temi principali che andrò a identificare di seguito.

5.2.1 Apertura mentale e libertà di espressione

Molti partecipanti sottolineano come l'essere genitori transgender e/o non binary permetta una maggiore apertura mentale e libertà per i figli. Questa apertura include l'accettazione delle scelte dei figli in termini di identità di genere, espressione di genere e scelte personali. Ad esempio, il partecipante 1 menziona che i genitori trans tendono a essere più aperti nella libertà dei figli e ad accettarli per ciò che vogliono essere. Anche il partecipante 6 enfatizza l'accoglienza di qualsiasi tipo di diversità. La maggiore apertura mentale e la libertà di espressione che caratterizzano i genitori transgender/non binary possono creare un ambiente familiare dove i figli si sentono liberi di esplorare e definire la propria identità senza timore di giudizio o restrizioni. Questo è particolarmente importante in una società spesso dominata da rigidi ruoli di genere.

5.2.2 Rottura degli stereotipi di genere

Diversi intervistati parlano della rottura degli stereotipi di genere e dei ruoli tradizionali all'interno della famiglia. Questo può influenzare positivamente i figli, permettendo loro di crescere senza pregiudizi legati al genere. Il partecipante 3 parla di crescere una persona non influenzata dalle aspettative sociali e di spezzare il ciclo degli stereotipi di genere. Il partecipante 4 enfatizza la libertà dei figli di vestirsi e comportarsi come vogliono, senza essere costretti in ruoli di genere tradizionali. La rottura degli stereotipi di genere permette ai figli di crescere in un ambiente che non è limitato dalle aspettative tradizionali legate al genere. Questo può portare a una

crescita più sana e a una maggiore auto accettazione, favorendo una società più inclusiva e diversificata.

5.2.3 Consapevolezza e sensibilità verso le diversità

La sensibilità verso tematiche LGBTQ+ e una maggiore comprensione delle sfide legate all'identità di genere emergono come temi ricorrenti. I genitori transgender/non binary possono offrire un ambiente più empatico e comprensivo. Il partecipante 7 menziona una maggiore sensibilità verso tematiche LGBTQ+, mentre il partecipante 8 parla di una maggiore comprensione del mondo interiore del proprio figlio e della vera felicità. La consapevolezza e la sensibilità verso le diversità sono cruciali per il benessere emotivo e psicologico dei figli. I genitori transgender/non binary, avendo affrontato personalmente le sfide legate all'identità di genere, possono offrire un supporto empatico e comprensivo, aiutando i figli a navigare le loro proprie esperienze di diversità.

5.2.4 Esperienza personale e doppia prospettiva

Alcuni intervistati riflettono sull'importanza della loro esperienza personale di vita come persone transgender/non binary, che fornisce una prospettiva unica sulla genitorialità. Il partecipante 10 parla della doppia esperienza di vivere come madre e padre, che offre una visione più ampia e completa. L'esperienza personale di vivere come persone transgender/non binary offre ai genitori una doppia prospettiva che può arricchire la loro capacità di comprendere e sostenere i loro figli in modo unico. Questa prospettiva può anche fornire un esempio positivo di resilienza e auto accettazione.

5.2.5 Educazione e influenza sociale

Il ruolo educativo e l'influenza che i genitori transgender e/o non binary possono avere non solo sui propri figli, ma anche sulla società attraverso l'esempio personale, è un altro tema emerso. Il partecipante 5 enfatizza come crescere un bambino da genitore trans può contribuire a riformare la salute della famiglia e abbattere le barriere sociali. Il partecipante 11 parla dell'influenza positiva e della curiosità che i compagni di classe del figlio mostrano verso la diversità. Il ruolo educativo e l'influenza sociale dei genitori transgender/non binary possono avere un impatto significativo non solo sui propri figli, ma anche sulla comunità più ampia. Attraverso il loro esempio, possono contribuire a una maggiore accettazione e comprensione delle diversità, promuovendo una cultura più inclusiva e aperta.

L'analisi delle risposte rivela che i genitori transgender/non binary possono offrire una serie di vantaggi unici nella genitorialità, tra cui una maggiore apertura mentale, la rottura degli stereotipi di genere, una maggiore consapevolezza e sensibilità verso le diversità, una prospettiva personale arricchita e un'influenza educativa significativa. Questi aspetti possono contribuire a creare un ambiente familiare inclusivo e sostenitivo, favorendo la crescita emotiva e psicologica dei figli e promuovendo una società più equa e accettante.

5.3 Le sfide e/o difficoltà per le persone transgender e/o non binary nel diventare genitore

Questa domanda è stata inserita all'interno dell'intervista semi-strutturata per indagare quali siano le sfide e/o le difficoltà per le persone transgender e/o non binary nel diventare genitore. Per sfide e/o difficoltà si fa riferimento a tutte quelle barriere dettate, ad esempio, dalla società e dalla cultura di appartenenza. Tuttavia,

oltre ad alcuni temi ricorrenti, sono stati espressi dei chiari sentimenti che puntualmente si ripetevano nel corso delle interviste:

- **Frustrazione e rabbia:** i partecipanti esprimono sentimenti di frustrazione per la mancanza di riconoscimento legale e per la discriminazione sociale. La frustrazione è anche rivolta verso il sistema burocratico che rende difficile la vita delle persone transgender;
- **Paura e ansia:** c'è una notevole quantità di ansia riguardo al futuro e alla sicurezza dei propri figli. La paura di essere esclusi o maltrattati sia dalla società sia dalle istituzioni è prevalente;
- **Determinazione e speranza:** nonostante le difficoltà, molti partecipanti mostrano una forte determinazione nel voler diventare genitori e nell'educare i propri figli in un ambiente aperto e accogliente. C'è una speranza che, con il tempo e l'educazione, la società possa diventare più inclusiva.

Di seguito verranno analizzati i principali temi ricorrenti nel corso delle interviste.

5.3.1 Paura della discriminazione e dei pregiudizi

Molti partecipanti esprimono preoccupazioni riguardo ai pregiudizi che i loro figli potrebbero affrontare, sia a scuola sia nella società in generale. Ci sono timori specifici legati alla possibilità che i figli vengano bullizzati o discriminati a causa dell'identità di genere dei genitori. Alcuni menzionano che le persone trans vengono viste come "pervertite" o "malate" dalla società, aggravando ulteriormente le difficoltà nel contesto dell'adozione e della genitorialità. La paura del giudizio e delle critiche da parte della società è una costante nelle testimonianze. C'è un'ansia diffusa riguardo a come le persone esterne, inclusi amici, familiari e soprattutto estranei, possano reagire alla genitorialità transgender. La testimonianza numero 1 evidenzia

il timore che i figli possano subire discriminazioni o critiche da parte dei compagni di scuola e dei loro genitori. Questo porta spesso a una maggiore riservatezza su certi temi fino a quando i figli non sono abbastanza grandi da comprendere la situazione.

5.3.2 Sfide legali e burocratiche

Le difficoltà legali nel riconoscimento della genitorialità emergono come un tema significativo. Molti partecipanti non possono legalmente riconoscere i loro figli come propri a causa delle normative vigenti. La complessità della burocrazia per le persone transgender viene sottolineata, con menzione specifica ai lunghi e stressanti processi per il cambio dei documenti di identità. Molte testimonianze indicano le difficoltà legali nel riconoscimento della genitorialità per le persone transgender. La legge spesso non riconosce la relazione tra il genitore transgender e il bambino, causando una serie di problemi burocratici. La testimonianza numero 2 menziona la difficoltà di riconoscimento legale del bambino e la necessità di ricorrere a procedure legali specifiche come l'adozione per situazioni particolari. Queste complicazioni legali possono portare a stress e incertezze significative per i genitori transgender.

5.3.3 Influenza della società e dell'ambiente esterno

C'è una forte consapevolezza che, nonostante gli sforzi per creare un ambiente familiare accogliente e aperto, i bambini saranno comunque esposti a una società che spesso mantiene visioni binarie e conservative del genere. Il binarismo di genere e i ruoli tradizionali di "mamma" e "papà" vengono visti come ostacoli significativi per le persone trans che desiderano essere genitori. La struttura binaria di genere della società rappresenta un ulteriore ostacolo, influenzando non solo i genitori ma anche i figli, che possono sentirsi confusi o derisi a causa della non conformità di genere. La

testimonianza numero 9 parla di come il binarismo di genere possa complicare la vita dei figli di genitori non binari, specialmente quando si confrontano con i ruoli di genere tradizionali fuori casa. Questo può portare a conflitti interni nei bambini e a situazioni di bullismo o emarginazione sociale.

5.3.4 Supporto psicologico e difficoltà mediche

Alcuni partecipanti riconoscono la necessità di un supporto psicologico sia per affrontare la propria incapacità biologica di avere figli sia per prepararsi alle sfide future della genitorialità. Inoltre, le persone transgender affrontano sfide mediche specifiche legate alla transizione e alla genitorialità, incluse le difficoltà legate alla burocrazia medica e alla comprensione da parte dei professionisti sanitari. La testimonianza numero 10 evidenzia le difficoltà di spiegare continuamente la propria identità ai medici e di affrontare procedure mediche che possono essere disforiche. Questo può rendere il percorso medico estenuante e psicologicamente difficile.

5.3.5 Ostacoli nei percorsi di adozione e concezione

I processi di adozione e di concezione per le persone transgender sono spesso pieni di ostacoli aggiuntivi, dovuti sia a pregiudizi che a questioni legali e burocratiche. La testimonianza numero 5 discute le difficoltà legate agli stereotipi che vedono le persone transgender come inadatte alla genitorialità. Questo comporta un percorso di adozione più complesso e potenzialmente più lungo rispetto a quello affrontato da coppie cisgender. Le testimonianze rivelano un quadro complesso e sfidante per i genitori transgender, caratterizzato da preoccupazioni sociali, legali, mediche e psicologiche. Nonostante queste difficoltà, emerge anche una forte determinazione a creare un ambiente amorevole e sicuro per i propri figli. Le esperienze condivise

evidenziano la necessità di un cambiamento sociale e legale per sostenere meglio le famiglie transgender e garantire che possano crescere i loro figli in un contesto di maggiore accettazione e supporto.

CAPITOLO SESTO

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

6.1 Discussione dei risultati

Dall'analisi qualitativa condotta, emergono diverse tematiche rilevanti riguardo l'influenza del contesto culturale e degli atteggiamenti sociali sull'intenzione o sul desiderio di avere figli, gli aspetti unici della genitorialità per le persone transgender e/o non binary, e le sfide specifiche che queste persone devono affrontare nel diventare genitori. Queste conclusioni forniscono una visione chiara delle dinamiche e delle sfide che caratterizzano la genitorialità transgender/non binary. L'analisi ha rivelato come il contesto culturale italiano eserciti una significativa pressione sociale, specialmente sulle donne, riguardo all'aspettativa di avere figli. Le donne transgender, in particolare, sentono il peso di queste norme culturali, che enfatizzano la competenza della donna solo in quanto madre. Tuttavia, nonostante questa pressione, gli intervistati dimostrano una forte consapevolezza delle dinamiche sociali, affermando l'importanza dell'autonomia personale e dell'indipendenza dalle norme culturali. L'ambiente queer-friendly emerge come un fattore mitigante, offrendo un contesto più accogliente e liberale che contrasta la discriminazione e riduce la pressione sociale. Gli aspetti unici della genitorialità transgender/non binary includono una maggiore apertura mentale e libertà di espressione, che favoriscono

un ambiente familiare inclusivo e privo di stereotipi di genere. I genitori transgender/non binary tendono a rompere i ruoli di genere tradizionali, permettendo ai figli di crescere senza pregiudizi legati al genere. Questa sensibilità verso le diversità e la comprensione delle sfide legate all'identità di genere crea un contesto empatico e supportivo per i figli. Inoltre, l'esperienza personale e la doppia prospettiva dei genitori transgender/non binary arricchiscono la loro capacità di comprendere e sostenere i figli in modo unico. Le principali sfide e difficoltà affrontate dalle persone transgender e/o non binary nel diventare genitori includono la paura della discriminazione e dei pregiudizi, le complicazioni legali e burocratiche, l'influenza della società e dell'ambiente esterno, il bisogno di supporto psicologico, e gli ostacoli nei percorsi di adozione e concezione. La discriminazione e i pregiudizi sociali sono una costante preoccupazione, con timori specifici riguardo alla possibilità che i figli vengano bullizzati o discriminati. Le difficoltà legali nel riconoscimento della genitorialità e le complessità burocratiche aggiungono ulteriore stress e incertezza. Inoltre, la società, spesso dominata da visioni binarie e conservative del genere, rappresenta un ulteriore ostacolo per le famiglie transgender/non binary. L'analisi qualitativa delle risposte dei partecipanti evidenzia un quadro complesso e sfidante per i genitori transgender e/o non binary, caratterizzato da una combinazione di pressione sociale, norme di genere rigide, discriminazione, e difficoltà legali e burocratiche. Tuttavia, emerge anche una forte determinazione e resilienza da parte dei genitori transgender/non binary nel creare un ambiente familiare amorevole e accogliente per i propri figli. Per supportare meglio queste famiglie, è necessaria una maggiore rappresentazione inclusiva, un cambiamento sociale verso una maggiore accettazione e comprensione delle diversità, e un miglioramento delle normative legali che riconoscano e proteggano i diritti delle persone transgender e/o non binary

come genitori. Solo attraverso questi cambiamenti si potrà garantire un contesto di maggiore supporto e accettazione per tutte le famiglie, indipendentemente dall'identità di genere.

6.2 Punti di forza dell'analisi

- **Approfondimento tematico:** l'analisi qualitativa offre un'esplorazione dettagliata dei temi ricorrenti relativi alla genitorialità transgender e/o non binary. I temi trattati, come la pressione sociale, l'ambiente queer, gli stereotipi di genere, e l'esperienza personale, sono stati esaminati in modo approfondito;
- **Varietà di prospettive:** le interviste hanno raccolto una gamma ampia e diversificata di esperienze e opinioni, permettendo di ottenere una visione sfaccettata delle sfide e delle opportunità vissute dalle persone transgender e non binary;
- **Sensibilità culturale:** l'analisi prende in considerazione il contesto culturale italiano e la sua influenza sulle norme di genere e sulle aspettative di genitorialità, fornendo una comprensione localizzata delle dinamiche sociali;
- **Identificazione di sfide specifiche:** le difficoltà legali, burocratiche, mediche, e sociali affrontate dalle persone transgender e/o non binary sono state ben identificate e analizzate, evidenziando le aree critiche che richiedono interventi specifici;
- **Prospettiva unica:** l'analisi sottolinea gli aspetti unici della genitorialità transgender/non binary, come l'apertura mentale, la rottura degli stereotipi di genere, e la maggiore sensibilità verso le diversità, contribuendo a una narrativa più inclusiva e positiva.

6.3I limiti dell'analisi

- **Campione limitato:** la natura qualitativa dell'analisi implica che i risultati siano basati su un numero limitato di interviste, che potrebbero non rappresentare l'intera popolazione transgender e/o non binary in Italia o altrove;
- **Bias di selezione:** i partecipanti potrebbero avere una predisposizione a rispondere in modo favorevole o negativo in base alle loro esperienze personali, influenzando così i risultati dell'analisi;
- **Generalizzabilità:** i risultati dell'analisi qualitativa potrebbero non essere facilmente generalizzabili ad altri contesti culturali o nazionali, data la specificità delle esperienze e delle normative italiane;
- **Assenza di dati quantitativi:** La mancanza di dati quantitativi limita la capacità di quantificare l'impatto delle sfide identificate e di misurare l'estensione dei temi trattati tra la popolazione transgender e/o non binary;
- **Temporalità:** le percezioni e le esperienze dei partecipanti potrebbero cambiare nel tempo, e l'analisi non cattura necessariamente queste dinamiche temporali.

6.4 Prospettive future dell'analisi

- **Espansione del campione:** condurre ulteriori interviste con un campione più ampio e diversificato, includendo persone transgender e/o non binary di diverse età, regioni e sfondi socioeconomici, per migliorare la rappresentatività dei risultati;
- **Integrazione di dati quantitativi:** combinare l'analisi qualitativa con dati quantitativi, ad esempio mediante sondaggi, per ottenere una comprensione più completa delle esperienze e delle sfide affrontate dalle persone transgender e/o non binary;

- **Studi longitudinali:** implementare studi longitudinali per osservare come le esperienze e le percezioni delle persone transgender e/o non binary cambiano nel tempo, fornendo una visione dinamica delle loro vite e delle loro famiglie;
- **Esplorazione di interventi:** indagare e valutare l'efficacia di diversi interventi sociali, legali e sanitari volti a supportare le persone transgender e/o non binary nella loro esperienza di genitorialità, identificando le migliori pratiche e le politiche più efficaci;
- **Educazione e sensibilizzazione:** promuovere programmi di educazione e sensibilizzazione nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle comunità per ridurre la discriminazione e aumentare la consapevolezza e l'accettazione delle famiglie transgender e/o non binary;
- **Collaborazione con organizzazioni LGBTQ+:** lavorare a stretto contatto con organizzazioni LGBTQ+ per raccogliere ulteriori dati, sviluppare risorse di supporto e creare reti di sostegno per le persone transgender e/o non binary che desiderano diventare genitori;
- **Analisi comparativa:** confrontare le esperienze delle persone transgender e/o non binary in Italia con quelle di altri paesi per identificare differenze e similitudini, e per capire come diverse normative e culture influenzano la genitorialità.

Queste proposte future mirano a migliorare la comprensione delle esperienze di genitorialità delle persone transgender e/o non binary, e a sviluppare soluzioni pratiche e politiche per supportare meglio queste famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Ammaniti, M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

APA. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina.

Batini, F., & Santoni, B. (2009). *L'identità sessuale a scuola. Educare alla diversità e prevenire l'omofobia*. Napoli: Liguori.

Buodo, G., Gentili, C., Ghisi, M., Prunas, A., & Pruneti, C. (2017). *Psicopatologia e psicologia clinica*. Torino: Pearson.

Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Cohen-Kettenis, P. (2010). Peer Group Status of Gender Dysphoric Children: A Sociometric Study. *archives of Sexual Behavior*, 553-560.

Cohen-Kettenis, P., & Pfafflin, F. (2003). *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: making choices*. London: Sage Pubn Inc.

Dettore, D. (2005). *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill.

Dèttore, D., Ristori, J., & Antonelli, P. (2015). *La disforia di genere in età evolutiva. Implicazioni cliniche, sociali ed etiche*. Roma: Alpes.

Dèttore, D., Ristori, J., & Casale, S. (2011). GID and Gender-Variant Children in Italy: A Study in Preschool Children. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12-29.

Drummond, K., Bradley, S., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 34-45.

Ferrara, P., Di Sipio Morgia, C., & Sacco, R. (2021). Disforia di genere: quello che il pediatra deve sapere. *Pediatra*, 8-12.

Frigerio, A., Montali, L., Anzani, A., & Prunas, A. (2021). "We'll Accept Anything, as Long as She is Okay": Italian Parents' Narratives of Their Transgender Children's Coming-out. *Journal of GLBT Family Studies*, 432-449.

Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr.*, 906-911.

Kohlberg, L. (1966). A Cognitive-Developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. *The development of sex differences*, 82-173.

Kohlberg, L., & Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development*, 93-120.

Money, J. (1955). Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 253-264.

Nealy, E. (2017). *Transgender Children and Youth*. WW Norton & Co.

Papa, E. (2008, marzo 3). *Associazione MeC Educational*. Tratto da MeC Educational: <http://www.meceducational.it>

Rigobello, L., & Gamba, F. (2016). *Disforia di genere in età evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.

Ryan, C. (2009). *Famiglie solidali, bambini sani. Aiutare le famiglie con bambini lesbiche, gay, bisessuali e transgender. Progetto di accettazione familiare*. San Francisco: State University.

Schilder, & Paul. (2019). *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: PGRECO.

Steensma, T., McGuire, J., Kreukels, B., Beekman, A., & Cohen-Kettenis, P. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 582-590.

Stoller, R. (1968). *Sex and Gender*. New York: Science House.

Tornese, G., Di Grazia, M., Roia, A., Morini, G., Cosentini, D., Carrozzi, M., & Ventura, A. (2016). Disforia di genere e dintorni. *Medico e bambino*, 437-444.

Wallien, M., & Cohen-Kettenis, P. (2008). Psychosexual outcome of gender dysphoric children. *J American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 1413-1423.

Wallien, M., & Cohen-Kettenis, P. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1413-1423.