



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia
e Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di Laurea Magistrale in “Psicologia clinico-dinamica”

Identità di genere e genitorialità biologica in persone transgender e *non-binary*: uno studio qualitativo

Gender identity and biological parenting in transgender
and non-binary people: a qualitative study

Relatrice

Prof.ssa Marina Miscioscia

Correlatore esterno

Dott. Alessio Gubello

Laureanda

Clara Pomoni

n° matr.2015595

Anno Accademico 2021-2022

Indice

Introduzione

Capitolo 1 - Percorsi di affermazione di genere e preservazione della fertilità.....	6
1.1 Definizioni: disforia di genere e transgender.....	6
1.2 Descrizione delle possibilità di affermazione di genere	8
1.2.1 Bambini e adolescenti	11
1.3 Procedure per contrastare la sterilità	16
Capitolo 2 – Desiderio, prospettive ed esperienze di preservazione della fertilità e gestazione	20
2.1 Prevalenza demografica del desiderio di genitorialità biologica	20
2.2 Attitudini verso le tecniche di preservazione della fertilità.....	22
2.2.1 Rolo del counseling preventivo	23
2.3 Esperienze di preservazione della fertilità	27
2.4 Casi di gestazione medicalmente assistita	31
2.5 Considerazioni etiche e questioni aperte	35
Capitolo 3 – Desiderio di genitorialità in persone transgender e <i>non-binary</i> : uno studio qualitativo.....	37
3.1 Il disegno di ricerca	37
3.1.1 Partecipanti	37
3.1.2 Strumenti	38
3.2 L'analisi tematica	39
3.2.1 Le fasi del metodo qualitativo secondo Braun e Clarke	40
3.2.2 Il procedimento applicato	42
Capitolo 4 – Risultati	43
4.1 Prospettive di genitorialità	43
4.1.1 Genitorialità come tappa del ciclo di vita	43
4.1.2 Genitorialità tra desiderio e progetto	45
4.1.3 Genitorialità con-divisa?	47

4.2 Crioconservazione degli ovuli	49
4.2.1 Importanza generale di sapere della crioconservazione	49
4.2.2 Impossibilità personale di fare la crioconservazione	51
4.3 Corporeità, gravidanza e adozione	53
4.3.1 Corpo mio-corpo tuo: gravidanza di chi?	53
4.3.2 Rapporto con il proprio corpo e l'immagine di sé	55
4.3.3 Indifferenza del legame biologico	57
4.3.4 Adozione tra immaginazione e realtà	58
4.4. Identità e affermazione di genere	59
4.4.1 Questioni di identità di genere	59
4.4.2 Lo sviluppo del percorso	61
4.4.3 Importanza della psicoterapia	62
4.5 Considerazioni etiche	64
4.5.1 Considerazioni sull'essere genitori	65
4.5.2 Figli e genitori in transizione	66
4.5.3 Chi è un buon genitore?	68
Capitolo 5 – Discussione e Conclusioni	71
5.1 Discussione dei risultati	71
5.1.1 Punti di forza, limiti e proposte future	79
5.2 Conclusioni	81
Allegato A	84
<i>Bibliografia</i>	87

Introduzione

Il presente elaborato riporta i dati preliminari di un progetto di ricerca nato per indagare la tematica della genitorialità dal punto di vista delle persone che si identificano come transgender e *non-binary*. Per questa popolazione specifica tale aspetto, che segna un passaggio determinante nel ciclo di vita di un individuo, allo stato attuale ha ricevuto scarsa attenzione nel campo della ricerca scientifica, soprattutto per quanto riguarda le possibilità di genitorialità biologica. Quali desideri, quali prospettive, quali conoscenze hanno le persone transgender e *non-binary* in merito alle possibilità di avere figli? Quali sfide peculiari si immaginano di incontrare a questo proposito?

Le interviste condotte sono state uno spazio per ciascuno per dare voce alla propria esperienza, per porsi delle domande, per approfondire delle questioni e sfaccettature che hanno aperto a riflessioni innovative per i partecipanti stessi, interessati a contribuire all'indagine di una questione così poco attenzionata come il desiderio di genitorialità delle persone transgender. Sebbene il focus iniziale fosse sulla dimensione biologica, collegata all'importanza attribuita al legame genetico, alla volontà di sottoporsi a delle operazioni di preservazione della fertilità e alle considerazioni sulla gravidanza, il discorso si è allargato fino a comprendere molteplici temi a quelli connessi, tra cui l'adozione, il ruolo del partner, il proprio modello di ideale genitoriale, le prospettive di vita future.

In particolare, nel primo capitolo sono presentate le definizioni di disforia di genere, transgender e *non-binary* con i possibili percorsi di affermazione di genere proposti dal sistema sanitario italiano, con alcune specificazioni per i soggetti minorenni, e le possibilità di intervento per contrastare la sterilità connessa con l'assunzione di ormoni esogeni.

Nel secondo capitolo si offre una rassegna degli studi presenti in letteratura relativi alle attitudini verso la genitorialità biologica e alle esperienze di crioconservazione dei gameti e alle esperienze di gravidanza e parto note.

Nel terzo capitolo è descritto il disegno di ricerca, gli strumenti e il metodo adottato per l'analisi qualitativa, integrata dai dati di un questionario elaborato ad hoc.

Il quarto capitolo è dedicato all'esposizione approfondita dei risultati, con la trattazione delle tematiche emerse nelle interviste, che sono state poi discusse e commentate alla luce della letteratura scientifica nel quinto capitolo, dove sono presentate anche le conclusioni della tesi.

Capitolo 1 - Percorsi di affermazione di genere e preservazione della fertilità

1.1 Definizioni: disforia di genere e transgender

L'incongruenza esperita tra il senso interno soggettivo di appartenenza ad un genere e le caratteristiche biologiche che connotano sessualmente il corpo è un fenomeno che ha ricevuto un'accentuata attenzione negli ultimi decenni, lungo un processo che si è rispecchiato nelle successive modificazioni nosografiche riportate nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM, American Psychiatric Association, 2013). Se le prime due edizioni del DSM nel 1952 e nel 1968 non contengono riferimenti a disturbi legati al genere, nel 1980 con la terza edizione viene introdotta per la prima volta la condizione di *Disordine dell'identità di genere nell'infanzia* (*Gender Identity Dysphoria of Childhood* o *GID*) per descrivere il disagio esperito durante lo sviluppo per il sesso biologico, e di *Transessualismo*, per indicare coloro che provano malessere rispetto al sesso natale e desiderio di acquisire i connotati del sesso opposto (APA, 1980 p.261-262). Nel DSM-IV del 1994 e nella sua edizione revisionata successiva (DSM-IV-TR, 2000), tali condizioni sono ascritte nella categoria dei *Disturbi dell'identità di genere*, nello stesso capitolo delle *Disfunzioni sessuali* e delle *Parafilie*. (APA, 1994; APA, 2000).

Nel tentativo di bilanciare l'intenzione di depatologizzazione con la possibilità di riconoscere la sofferenza caratteristica e quindi permettere ai soggetti coinvolti di accedere alle cure attraverso il sistema sanitario, nel 2013 i termini precedenti sono stati rielaborati nella diagnosi di *Disforia di genere* (*Gender Dysphoria* o *DG*), definita da "incongruità marcata tra sesso di nascita e identità di genere percepita (identificazione con il genere opposto), che è stata presente per ≥ 6 mesi" e "disagio clinicamente significativo o compromissione funzionale risultanti da questa incongruenza" (APA, 2013 p. 1075). Queste due condizioni basilari si specificano poi nelle manifestazioni sintomatiche tipiche del disturbo nel periodo dello sviluppo e in soggetti adulti, che è definito dalla presenza di almeno 2 dei seguenti punti: una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o, nei giovani adolescenti, le previste caratteristiche sessuali secondarie); un forte desiderio di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa dell'incongruenza con il proprio genere esperito/espresso (o, nei giovani adolescenti, desiderio di impedire lo sviluppo delle attese caratteristiche sessuali secondarie); un forte desiderio di ottenere le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere; un forte desiderio di appartenere all'altro genere (o a un genere alternativo diverso da quello assegnato); un forte desiderio di essere trattato come membro dell'altro genere (o di qualche genere alternativo

diverso da quello assegnato); una forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato). Ai fini della diagnosi, la condizione deve essere associata a un disagio clinicamente significativo e/o a una compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento (APA, 2013).

La motivazione principale alle modifiche terminologiche introdotte con il DSM-5 è stata la volontà di ridurre lo stigma e favorire l'accesso agli interventi medicalizzati (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012; Zucker, Cohen-Kettenis, Drescher, Meyer-Bahlburg, Pfäfflin & Womack, 2013). Un altro cambiamento significativo è che, mentre nel DSM-IV l'identità e il ruolo di genere erano considerati dicotomici (maschio-femmina), nel DSM-5 questi concetti sono descritti come multi-categoriali o lungo un continuum (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Zucker et al., 2013), allontanandosi da una concezione binaria del genere. Non si parla più, infatti, di "identificazione con il sesso opposto", ma di "incongruenza tra il proprio genere, così come è esperito o espresso, e il genere assegnato" (APA, 2013; trad. it. 2014). Inoltre, si è scelto di usare sistematicamente il termine "genere" anziché "sesso", ritenuto più adeguato (APA, 2013). Il criterio della durata di almeno 6 mesi per la diagnosi di disforia di genere sia in bambini che adolescenti e adulti è stato incluso per distinguere tra condizioni transitorie e persistenti (Zucker et al., 2013).

Da studi epidemiologici la prevalenza della disforia di genere negli adulti (>18 anni) è indicata attorno allo 0.005-0.014% per le persone con sesso biologico maschile e 0.002-0.003% per le persone con sesso biologico femminile (Zucker, 2017). Tali dati confermano le percentuali riportate nel DSM-5 (2013). Si riscontra quindi più spesso in individui AMAB (*Assigned Male At Birth*), con un rapporto maschio/femmina di circa 3:1. Nei bambini al di sotto dei 12 anni, invece, il rapporto maschio/femmina va da 3:1 a 2:1; mentre negli adolescenti, oltre i 12 anni, il rapporto maschio/femmina è di circa 1:1.7 (*Ibid.*). Tali stime di incidenza sono tuttavia affette da imprecisioni dovute al metodo di rilevazione: è probabile che misure più grezze come l'auto identificazione (o l'identificazione da parte dei genitori) come transgender includano un segmento più ampio della popolazione rispetto alla prevalenza specifica della diagnosi (*Ibid.*). Al contrario, altri autori ipotizzano che il fenomeno sia sottostimato a causa dello stigma sociale che ancora vi è collegato (Polderman, Kreukels, Irwig, Beach, Chan, Derks, Davis et al., 2018). Nel complesso, l'attenzione sempre maggiore che si sta rivolgendo al fenomeno del transgenderismo negli anni più recenti sta probabilmente portando ad un innalzamento della sua manifestazione per la facilità con cui si può giungere alla diagnosi rispetto al passato (Butler, De Graaf, Wren, & Carmichael, 2018).

1.2 Descrizione delle possibilità di affermazione di genere

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH), associazione internazionale che riunisce professionisti di varie discipline che si rivolgono alla popolazione transgender, è una delle voci imperanti nel campo e fornisce gli *Standard of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People* (Coleman, et al., 2012), linee di indirizzo che sono poi adottate da diversi Paesi come base per l'organizzazione degli interventi sanitari. In Italia, in particolare, è presente dal 1998 l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), che "si propone di favorire il confronto e la collaborazione di tutte le realtà interessate ai temi del transgenderismo [...] al fine di approfondire la conoscenza di questa realtà a livello scientifico e sociale e promuovere aperture culturali verso la libertà di espressione delle persone transgender in tutti i loro aspetti"¹. L'associazione raggruppa diverse figure che si occupano, a vario titolo, di temi del transgenderismo e propone inoltre la definizione di linee guida di intervento medico, chirurgico, psicologico e legale, sulla scia degli standard internazionali. Le direzioni di trattamento sono differenziate nel momento in cui esso è rivolto a minorenni, persone giovani oppure adulte. Secondo l'O.N.I.G., la procedura terapeutica si struttura essenzialmente in quattro fasi: un'accurata valutazione e diagnosi, un'esperienza di vita reale (*real life experience, RLE*) in cui la persona vive per un certo periodo nel ruolo di genere desiderato, preferibilmente accompagnata da un percorso di psicoterapia, una terapia ormonale (mascolinizzante o femminilizzante) e una terapia chirurgica di riassegnazione chirurgica del sesso (RCS)². La legge italiana prevede che, limitatamente alle persone con diagnosi di GD, tutti i presidi medici utili nell'ambito del percorso di modificazione dei caratteri sessuali primari e secondari siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Come specificato dalle linee guida, i criteri devono considerarsi raccomandazioni da applicare in caso di richiesta di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione del genere e modulabili in base alle specifiche domande di consulenza o intervento clinico formulate dall'utente e dalle valutazioni effettuate dai sanitari nei singoli casi.

I passaggi raccomandati sono così descritti:

- Analisi della domanda e valutazione dell'eleggibilità

I programmi di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione del genere nonché il percorso legale effettuato ai sensi del D.L. n. 164 del 1982, mirano ad evidenziare le motivazioni, le aspettative e il contesto che hanno portato l'utente alla richiesta di

¹ Statuto dell'Associazione O.N.I.G.: <http://www.onig.it/node/2>

² <http://www.onig.it/node/19>

affermazione del genere, a valutare l'eventuale difficoltà collegata all'incongruenza di genere e a concordare un eventuale progetto di presa in carico individualizzata.

Ogni fase del progetto concordato prevede una stretta integrazione di interventi svolti nell'ottica medica e/o chirurgica e/o psico-sociale nel rispetto dell'autodeterminazione dell'utente, che si diversificheranno sulla base delle istanze e dei quesiti portati dall'utente.

Laddove emergano concomitanti condizioni psicopatologiche la precedenza verrà accordata al trattamento di queste ultime, posticipando la possibilità di accesso agli interventi medico-chirurgici di RCS una volta raggiunta da parte del paziente una condizione di buon compenso psicopatologico (Crapanzano et al., 2021). Gli specialisti favoriscono il lavoro di rete con le agenzie di riferimento (Servizio Psichiatrico, Comunità, ecc.) al fine di includere in ogni modo il tema dell'affermazione del genere nei trattamenti necessari.

Il trattamento chirurgico di affermazione del genere può essere intrapreso da persone che abbiano ottenuto l'autorizzazione dal Tribunale.

- Possibili Iter di affermazione di genere

L'ingresso nel programma di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione del genere prevede, in fase preliminare, che la persona venga informata su tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e sull'irreversibilità di alcune di esse, cosicché la persona possa effettuare una scelta consapevole ed esprimere un consenso informato scritto, inerente al progetto concordato.

A partire dalla richiesta di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione del genere, il programma psicologico, integrato a quello medico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso e concordate con la persona nello spirito di autodeterminazione e di libera scelta dei trattamenti sanitari. Esso ha primariamente la finalità di aiutare la persona a esplorare i propri vissuti di genere, e a elaborare le esperienze connesse alle modificazioni somatiche determinate dalle terapie mediche e chirurgiche. Il percorso psicologico, oltre ad avere una primaria funzione di sostegno, mira altresì all'elaborazione delle questioni relative non soltanto alle tematiche di genere, ma alla più complessiva vicenda esistenziale della persona interessata. Laddove la persona ne percepisca la necessità, si potrà prevedere la partecipazione del partner e/o di membri della famiglia di origine in modo da aiutare gli stessi a meglio comprendere la natura dei vissuti di varianza di genere, migliorando il clima e le dinamiche di coppia e/o familiari durante il percorso di transizione.

È raccomandabile che la persona abbia avuto la possibilità di sperimentarsi socialmente nel genere vissuto come proprio (esperienza di “vita reale”) prima dell’accesso alle terapie chirurgiche di modificazione corporea.

Ottenuta l’Autorizzazione del Tribunale, il trattamento chirurgico di affermazione del genere avverrà, ove si ravveda la necessità, dopo aver verificato la piena consapevolezza della persona rispetto alla propria scelta e la piena assunzione di responsabilità rispetto ad essa.

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

- Follow up

A garanzia della salute della persona, intesa come benessere psico-fisico e sociale, gli operatori si impegnano a garantire, non a imporre, la continuità del percorso ma anche ad aiutare la persona ad affrontare i complessi vissuti emozionali conseguenti al percorso di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione del genere.

Per quanto attiene alla terapia ormonale di affermazione del genere, la persona dovrà sottoporsi a controlli medici periodici annuali o altrimenti concordati.

Poiché la modifica di ruolo di genere può portare a significative conseguenze sociali e personali, questa decisione deve essere presa con la consapevolezza di quali potrebbero essere le probabili difficoltà da fronteggiare a livello familiare, interpersonale, educativo, professionale, economico e giuridico (Crapanzano, et al., 2021). Lo psicologo o psicoterapeuta è chiamato quindi ad aiutare questi pazienti nell’esplorare gli inevitabili cambiamenti nel ruolo di genere anticipando loro le implicazioni di questo percorso e sostenendoli nel definire il ritmo del loro processo di attuazione (Coleman et al., 2012). Il percorso di sostegno psicologico o psicoterapico dovrebbe avere primariamente lo scopo di aiutare la persona a esplorare e a elaborare i propri vissuti relativi al genere e le implicazioni psicologiche, relazionali e, in generale, delle modificazioni indotte dalle terapie che ha eventualmente intrapreso. I pazienti possono, infatti, trarre grande beneficio da un supporto psicologico mentre sperimentano i cambiamenti fisici, mentali e psicosociali legati alla transizione di genere (Cavanaugh, Hopwood & Lambert, 2016). Esso è raccomandato in particolare durante la RLE, visto l’alto grado di possibile sconvolgimento psicologico ed emotivo e la difficoltà a gestire le reazioni del proprio ambiente relazionale. L’esperienza di vita reale continua a essere un passaggio fondamentale da effettuare prima di poter procedere con la chirurgia genitale irreversibile, rappresentando un’occasione per la persona di sperimentarsi dal punto di vista sociale nel ruolo di genere desiderato (Coleman et al., 2012). Infatti, vivendo stabilmente in tali abiti, la persona ha la possibilità di valutare

in prima persona alcuni degli effetti in termini di benessere soggettivo e funzionamento personale, relazionale e sociale del proprio cambiamento.

È importante sottolineare che la psicoterapia non ha il fine di alterare l'identità di genere di una persona, ma può piuttosto aiutare un individuo a esplorare le questioni relative al proprio genere, a trovare dei modi per viverlo in maniera più serena e autentica, oltre ad essere un valido sostegno per alleviare la disforia, qualora sia presente.

Dal punto di vista normativo la terapia chirurgica e la rettifica anagrafica sono disciplinate in Italia dalla Legge 164 del 1982, "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" (L. n. 164/1982, s.d.). Sebbene la legge preveda due passaggi successivi attraverso il tribunale, il primo per l'autorizzazione del giudice all'intervento medico-chirurgico e quello successivo per l'autorizzazione alla rettifica anagrafica (quindi il cambio del nome), da qualche anno è possibile procedere con la rettifica anagrafica prima o contestualmente alla riattribuzione chirurgica del sesso (RCS). Se fino al 2011 era necessario procedere con la RCS prima di procedere con la rettifica anagrafica, attualmente si parte, invece, dal presupposto che se la persona raggiunge un discreto benessere senza avvalersi della chirurgia o usufruendone solo in piccola parte, debba avere la possibilità di modificare il proprio nome senza dover necessariamente procedere con operazioni chirurgiche, spesso invasive, viste le ripercussioni che l'obbligatorietà di tale passaggio avrebbe sul piano psicologico (Crapanzano, Carpiello & Pinna, 2021). Quindi a livello effettivo cade il vincolo dell'intervento di riassegnazione chirurgica, per quanto il riconoscimento della nuova anagrafica rimanga a discrezione del giudice, che solitamente richiede l'esplicitazione, nella relazione clinica rilasciata dall'equipe per il tribunale, dello stato di irreversibilità, parziale reversibilità e/o reversibilità dei cambiamenti somatici indotti dalle terapie ormonali assunte per un periodo consistente (abituamente di almeno circa un anno) prima della richiesta al giudice. Il trattamento chirurgico comunque può essere richiesto da persone che abbiano compiuto la maggiore età e solo successivamente all'autorizzazione da parte del Tribunale, poiché per la legislazione italiana si richiede un'ordinanza giudiziale per poter effettuare interventi che prevedano l'asportazione chirurgica di organi sani. In assenza del consenso del giudice, l'asportazione di tali organi rappresenterebbe lesione colposa molto grave, punibile ai sensi degli articoli 582 c.p. (lesione personale) e 583 c.p. (circostanze aggravanti).

1.2.1 Bambini e adolescenti

I minorenni, invece, incontrano difficoltà e problematiche peculiari, che richiedono delle attenzioni specifiche proprio in virtù della differente età dello sviluppo in cui si trovano. In ambito clinico e scientifico, vi è accordo (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Di Ceglie & Thümmel, 2006) nell'indicare la fondamentale importanza di un percorso familiare al fine di rendere quanto più

efficace la presa in carico di bambini e adolescenti che presentano DG. Secondo le linee guida internazionali (Royal College of Psychiatrists, 1998; Hembree, 2011) gli eventuali interventi medici devono procedere per fasi successive, in base ai livelli di invasività e reversibilità, e ogni fase deve essere accompagnata da un'attenta e approfondita valutazione dal punto di vista psicologico, familiare e sociale. L'approccio integrato comprendente le diverse agenzie educative e gli ambienti di riferimento del minore si è dimostrato molto efficace al fine di delineare un programma di intervento condiviso (*Ibid.*).

Specifica attenzione è data anche all'adolescenza, in quanto periodo cruciale per il consolidamento dell'identità di genere, e, nel caso di GD nell'infanzia, per la verifica del superamento o della persistenza della disforia. Lo sviluppo puberale, con la comparsa dei caratteri sessuali secondari, può comportare infatti un aumento del livello di sofferenza dettata dalla sensazione di essere nel "corpo sbagliato", poiché il corpo è parte integrante del percorso evolutivo ed identitario. Se generalmente tale sensazione si risolve nel momento in cui si supera il periodo adolescenziale, con l'elaborazione della propria immagine corporea e l'accettazione di sé, in alcuni casi questa fase si protrae e la sofferenza permane. La GD può infatti essere diagnosticata anche in adolescenza se la percezione della mancanza di corrispondenza tra la rappresentazione di sé e l'esperienza del corpo che si va sviluppando non viene superata evolutivamente nel passaggio all'identità adulta. Studi prospettici suggeriscono che nella maggioranza dei casi la disforia si scioglie nel passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza, e che permane solo nel 12%-27% dei soggetti circa (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Come per vari altri aspetti di sviluppo, in questo contesto tale passaggio è considerato di fondamentale importanza poiché i cambiamenti nel contesto sociale, la femminilizzazione o mascolinizzazione dei corpi, le prime esperienze di innamoramento e di attrazione sessuale influenzano gli interessi, il comportamento, e l'identificazione di genere (Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, 2011).

Analizzando le possibilità di intervento proposte dal sistema sanitario nei casi di disforia di genere si riscontra che, secondo un report del National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2020)³ del Regno Unito, le evidenze a favore del trattamento ormonale in età precoce, in particolare l'impiego di farmaci bloccanti lo sviluppo puberale, sono "molto basse" e gli studi attualmente presenti in materia sono "soggetti a bias e confondenti". Gli autori del dossier sottolineano la difficoltà a trarre conclusioni sulla base dei risultati riportati dagli studi a causa dei disegni di ricerca, privi di gruppi di controllo e follow up adeguati, e del numero molto piccolo di campioni. Una delle principali obiezioni alla possibilità di creare dei gruppi di controllo riguarda il potenziale impatto sulla salute mentale successivamente alla sospensione del trattamento ormonale in questi soggetti;

³ https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

questa critica gli autori del report propongono come soluzione la possibilità di offrire supporto psicologico per confronto, al fine di ridurre le preoccupazioni etiche future (*ibid.*), viste anche le implicazioni irrisolte dell'intervento medicalizzato.

Un altro studio condotto sempre da NICE (2020)⁴ sull'impiego di ormoni cross-sex ha identificato carenze simili nella qualità delle pubblicazioni. I revisori hanno notato che "una limitazione fondamentale di tutti gli studi non controllati in questa revisione è che qualsiasi modifica dei punteggi dal basale al follow-up potrebbe essere attribuita a una regressione alla media" (*ibid.*), piuttosto che agli effetti benefici del trattamento ormonale. I revisori hanno suggerito che gli ormoni possono migliorare i sintomi della disforia di genere, della salute mentale e del funzionamento psicosociale, ma hanno avvertito che i potenziali benefici hanno una certezza molto bassa e "devono essere valutati rispetto al profilo di sicurezza a lungo termine in gran parte sconosciuto di questi trattamenti" (*ibid.*). Serie preoccupazioni rispetto alla qualità delle evidenze sono espresse anche dal Professor Carl Heneghan⁵, direttore dell'Oxford's Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) e editore di BMJ EBM, nonché da revisioni sistematiche svolte in Svezia⁶ e Finlandia⁷. Anche negli USA, la Endocrine Society afferma che gli esiti degli interventi ormonali in termini di funzionamento psicologico e qualità della vita derivano da esperimenti di bassa qualità, il che si traduce in una scarsa affidabilità dell'equilibrio rischi-benefici (Maraka, Singh Ospina, Rodriguez-Gutierrez, Davidge-Pitts, Nippoldt, Prokop, & Murad, 2017). Svezia e Finlandia, Paesi pionieri nel campo dei *gender studies* e nell'applicazione delle possibilità affermative di genere, sono tra i pochi ad aver approvato il divieto di *Gender-Affirming Care* (GAC) per i giovani, mentre la maggioranza degli altri stati continua a proporre trattamenti di GAC per gli adolescenti disforici di genere affidandosi al consenso espresso dai risultati delle ricerche più diffuse, nonostante molte organizzazioni mediche nel mondo, tra cui l'Australian College of Physicians⁸, il Royal College of General Practitioners⁹ nel Regno Unito e lo Swedish National Council for Medical Ethics¹⁰ ritengono questi interventi sperimentali e pericolosi. Inoltre, anche la *Society for Evidence-based Gender Medicine* (SEGEM)¹¹ esorta ad adoperare estrema cautela nei confronti di bambine e adolescenti che si trovano in una fase delicata di

⁴ https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

⁵ <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>

⁶ <https://www.sbu.se/307e>

⁷ <https://app.box.com/s/y9u791np8v9gsunwgr2kqn8swd9vdtx>

⁸ <https://www.bioedge.org/bioethics/australia-launches-inquiry-into-safety-and-ethics-of-transgender-medicine/13182>

⁹ <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>

¹⁰ <https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2019/04/SMER-National-Council-for-Medical-Ethics-directive-March-2019.pdf>

¹¹ https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

esplorazione e consolidamento dell'identità adeguata allo sviluppo. Sebbene possano esserci benefici psicologici a breve termine associati alla somministrazione di interventi ormonali in giovane età, essi devono essere valutati rispetto ai rischi a lungo termine per lo sviluppo cerebrale, la salute della struttura ossea, la fertilità e altri rischi ancora sconosciuti correlati all'integrazione ormonale che possono presentarsi nel corso di tutta la vita. Gli effetti irreversibili degli ormoni cross-sex e la potenzialità dei bloccanti della pubertà di alterare il corso naturale della formazione dell'identità necessitano di una riflessione profonda che deve precedere la prescrizione e la somministrazione da parte dei clinici, in quanto la pubertà è un periodo critico che rischia di essere radicalmente interrotto e ipotecare così tutto il corso dello sviluppo successivo (Cretella, 2021).

Infatti, è stato dimostrato che la maggior parte dei bambini che manifestano incongruenza di genere superano quest'ultima entro la giovane età adulta (Cretella, 2021; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012) inoltre, l'ampia maggioranza degli adolescenti che sperimentano incongruenza di genere ha, al contempo, un'altra o più diagnosi psicopatologiche che necessitano di un intervento prioritario (Becerra-Culqui, Liu, Nash, Cromwell, Flanders, Getahun, Goodman et al., 2018). Un recente rapporto ha anche confermato i risultati di ricerche effettuate in precedenza, che evidenziano come che nell'incongruenza di genere gli adolescenti possano recuperare un rapporto sereno con il proprio corpo attraverso la sola consulenza diretta verso problemi psicologici sottostanti (Churcher Clarke & Spiliadis, 2019).

Vi è evidenza, invece, di una crescita del numero di bambini sottoposti a farmaci soppressori della pubertà che hanno tassi molto più elevati di persistenza dell'identificazione transgender e richiedono futuri trattamenti invasivi e rischiosi¹². È di particolare rilevanza riportare che la SEGEM, in virtù dello stato della ricerca attuale, sostiene che le significative incertezze relative al profilo rischio/beneficio a lungo termine degli interventi ormonali affermativi richiedono approcci non invasivi come prima linea di trattamento per i giovani. Specifica infatti che, al fine di preservare il più possibile la salute dei pazienti, gli interventi invasivi e potenzialmente irreversibili per i giovani, se perseguiti, dovrebbero essere somministrati solo in contesti di sperimentazione clinica con disegni di studio rigorosi in grado di determinare la loro efficacia (*Ibid.*). Come già evidenziato, il consenso informato è necessario e fondamentale, e deve esplicitare in modo chiaro e accurato la limitata capacità prognostica della diagnosi di disforia di genere giovanile e le molte incertezze sugli esiti di salute mentale e fisica a lungo termine di questi interventi ancora scarsamente studiati e in gran parte sperimentali (*Ibid.*)

Si nota, in aggiunta, che l'aumento esponenziale delle valutazioni e del supporto di bambini e adolescenti con disforia di genere negli ultimi anni non è stato studiato in relazione alla prevalenza

¹² https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

della disforia di genere in periodi prolungati di tempo, né sembrano esserci studi riguardanti i fattori che possono influenzare l'accettazione da parte della società della ricerca della diagnosi di disforia di genere¹³. Dal punto di vista scientifico, anche le ragioni dell'aumento dell'incidenza di bambini e adolescenti che ricercano cure mediche a causa della disforia di genere non sono ancora state spiegate (*ibid.*).

Da un punto di vista più generale rispetto alla sola popolazione pediatrica, una revisione sistematica Cochrane, che ha esaminato i risultati del trattamento ormonale per i transgender da uomo a donna di età > 16 anni, evidenzia che vi siano "prove insufficienti per determinare l'efficacia o la sicurezza degli approcci terapeutici ormonali per le donne transgender in transizione", con un significativo divario tra la pratica clinica attuale e la ricerca (Haupt, Henke, Kutschmar, Hauser, Baldinger, Saenz & Schreiber, 2020).

Interroga anche il fatto che le ricerche a lungo termine tra gli adulti evidenziano che gli interventi medici non sono riusciti ad abbattere i tassi di suicidio (Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Långström & Landén, 2011; Batty, 2004); il fatto che gli studi che sostengono il miglioramento della qualità della vita in seguito ad interventi di medicina e chirurgia affermativa portano risultati di bassa qualità e con molte limitazioni (White Hughto & Reisner, 2016); e il fatto che le revisioni sui tassi di rimpianto dopo gli interventi affermativi medico-chirurgici non presentino follow up adeguati (Expósito-Campos & D'Angelo, 2021).

La riduzione del disagio mentale nei contesti di disforia di genere trattata con somministrazione ormonale è però variamente rilevata e può avere diverse spiegazioni. Come suggerito da Costa e Colizzi (2016), si ritiene che gli ormoni cross-sex esercitino un effetto indiretto sui livelli di stress, alleviando il disagio derivante dall'incongruenza di genere esperita tramite l'introduzione dei cambiamenti somatici desiderati, che potrebbero essere responsabili del migliore stato mentale e del benessere psicologico dell'individuo in cerca di riconoscimento.

Nonostante la crescente attenzione specialistica, sociale e mediatica per gli aspetti dell'identità di genere, è degno di nota sia il fatto che ancora mancano prove di qualità a favore dei percorsi di affermazione di genere, sia che le modalità di intervento nell'età dello sviluppo siano particolarmente controverse. Se il numero esponenzialmente crescente di studi pubblicati negli ultimi anni sembra indicare un'intensa attività scientifica a favore degli interventi di affermazione di genere, essa tuttavia continua a manifestare fragilità metodologiche (Expósito-Campos & D'Angelo, 2021).

Per migliorare la conoscenza in materia, con l'obiettivo primario di promuovere la salute e il benessere delle persone che presentano disforia di genere, si ritiene fondamentale approfondire la

¹³ <https://www.sbu.se/307e>

ricerca scientifica sulla genesi e sull'organizzazione dell'identità di genere, sugli effetti a lungo termine delle terapie ormonali, sulle nuove tecniche chirurgiche e sugli effetti fisiologici, psicologici e sociali che il processo di affermazione di genere comporta, soprattutto a lungo termine per lo sviluppo personale, oltre a dovere affrontare le inevitabili implicazioni sul sistema relazionale e sociale.

1.3 Procedure per contrastare la sterilità

Siccome è noto che le procedure mediche di affermazione di genere impattano in modo più o meno definitivo sulla fertilità dei soggetti, le linee guida WOE stabiliscono chiaramente la necessità di informare preventivamente rispetto ai possibili esiti di sterilità e ai mezzi alternativi disponibili. Nello specifico, le operazioni che sono disponibili dal punto di vista medico in materia possono essere categorizzate in tre gruppi, come proposto da Sterling e Garcia (2020): le opzioni disponibili prima dell'inizio della terapia ormonale affermativa (GAHT – Gender-affirming hormone therapy), quelle possibili dopo l'inizio della GAHT e quelle sperimentali, che possono essere fatte contemporaneamente con la chirurgia genitale affermativa. Attualmente però non sono stati pubblicati dati sulle possibilità di sopravvivenza/vitalità dei gameti nativi in pazienti dopo una prolungata assunzione ormonale (*ibid.*), e le opzioni sperimentali proposte necessitano di ulteriori sviluppi delle tecniche di maturazione dei gameti e crioconservazione dei tessuti per poter essere considerate realistiche (Moravek, 2019). Per questo motivo, è di primaria importanza discutere degli aspetti legati alla fertilità nei pazienti, con particolare cura per i prepuberali e i giovani adolescenti, che dai diciotto anni sono investiti della stessa autonomia decisionale dei pazienti adulti (Chen & Simos, 2018) pur presentando maggiore fragilità. Infatti, circa metà degli adolescenti transgender riporta che la propria prospettiva sul volere un figlio potrebbe cambiare in futuro (Sterling & Garcia, 2020) e che l'incidenza relativamente alta di ansia, depressione e altre comorbidità di salute mentale negli adolescenti transgender rispetto alla popolazione generale può impattare sulla loro capacità di fare considerazioni sul proprio futuro (Deutsch, Green, Keatley, Mayer, Hastings & Hall, 2013; Strang, Jarin, Call, Clark, Wallace, Anthony, Gomez-Lobo et al., 2018).

Ai fini del presente studio, considereremo in modo specifico le opzioni per gli individui transgender di sesso femminile alla nascita (AFAB, *assigned female at birth*). Sterling e Garcia (2020) riportano che a coloro che abbiano terminato lo sviluppo puberale e che abbiano iniziato o meno l'assunzione di testosterone esogeno, può essere praticata la crioconservazione dell'embrione ottenuto con l'inseminazione da parte di un partner maschio oppure di un donatore esterno (conosciuto o sconosciuto). Successivamente, l'embrione può essere impiantato nell'utero del partner (se femmina) o di un'altra donna che funge da madre surrogata. Se la persona non ha effettuato operazioni

chirurgiche a livello genitale, in condizioni di assenza di trattamento ormonale o con la debita sospensione dell'assunzione di testosterone esogeno tecnicamente si può considerare il trasferimento di un ovocita o embrione anche nel suo utero, sebbene questa operazione sembri altamente indesiderabile per gli uomini trans e contribuisca ad una significativa disforia di genere (Ainsworth, Allyse & Khan, 2020).

La procedura di crioconservazione richiede ai pazienti di interrompere l'assunzione di ormoni cross sex e di sottoporsi a stimolazione ovarica controllata con recupero transvaginale degli ovociti, che possono essere conservati anche direttamente come ovuli, senza che essi siano fecondati. Questo intervento è vissuto come invasivo e può essere molto spiacevole ed emotivamente disturbante per i pazienti transgender, anche perché richiede ripetuti controlli attraverso ecografie transvaginali (*ibid.*). Nonostante ciò, esistono soggetti che perseguono tali operazioni anche dopo aver cominciato la GATH; però vi sono due principali problemi al riguardo, ossia la presenza di un numero esiguo di studi che valutino specificatamente questi metodi e una sostanziale mancanza di dati raccolti dopo un lungo periodo di somministrazione ormonale. Per questi motivi non c'è un accordo comune riguardo le tempistiche necessarie di sospensione del testosterone prima di poter procedere con il prelievo degli ovuli, anche se gli studi attualmente presenti propongono un periodo minimo compreso tra i 3 e i 6 mesi (De Roo, Tilleman, T'Sjoen & De Sutter, 2016).

La crioconservazione di tessuto ovarico, invece, è una tecnica sperimentale disponibile clinicamente solo in alcuni Paesi. Pur mancando indicazioni effettive ed evidenze controllate, tale intervento si ritiene potenzialmente operabile in persone sia post che prepuberi, in qualsiasi momento del processo di transizione, anche in co-occorrenza di chirurgia affermativa; tuttavia, per avere probabilità più alte di successo il prelievo è indicato prima di altri interventi chirurgici di modificazione genitale (Sterling & Garcia, 2020). Oltre all'immagazzinamento per possibile utilizzo futuro e re-impiantazione, il tessuto ovarico può essere anche fonte di ovociti immaturi impiegabili per la maturazione in vitro.

Di fronte alla possibilità di utilizzo di queste procedure con fini riproduttivi si aprono significative questioni etiche, sia connaturate con la procreazione medicalmente assistita che specifiche per la popolazione transgender. Innanzitutto, l'efficacia delle tecniche proposte in termini di natalità effettiva al termine dei trattamenti resta significativamente bassa, con un alto numero di fallimenti nei cicli di inseminazione intrauterina (Leung et al., 2019) e di aborti spontanei in caso di gravidanze (Armund et al., 2017). Potenziali difficoltà a giungere al termine della gravidanza, rischi di nascita pre-termine, con basso peso, di aumento di patologie genetiche e di suscettibilità ad altre patologie derivano almeno in parte dall'inseminazione artificiale (Palazzani, 2017), che ha il limite intrinseco di eliminare la competizione tra spermatozoi, di modo che quello che effettivamente riesce a fecondare la cellula uovo non è più quello premiato dalla selezione naturale, come avviene nella

fecondazione tramite rapporto sessuale genitale. Inoltre, un tema centrale nella riflessione bioetica relativamente alla procreazione medicalmente assistita riguarda la possibile dispersione e la sovrapproduzione di embrioni: poiché gran parte della produzione in vitro non si annida, si creano embrioni in eccesso rispetto a quelli che la gestante potrebbe poi accogliere in grembo, in modo da poter effettuare diversi tentativi nel caso in cui il primo non vada a buon fine, e per lo stesso motivo talvolta se ne impiantano in utero in numero maggiore e poi se ne sopprimono volontariamente alcuni (*ibid.*).

Rispetto agli effetti della GAHT sulla possibilità riproduttiva, è risaputo che gli ormoni androgeni possono alterare la funzione e la crescita dell'endometrio (Tuckerman, Okon, Li & Laird, 2000). Sebbene il risultato atteso dell'esposizione ai farmaci ormonali sia l'atrofia (Perrone, Cerpolini, Salfi, Ceccarelli, De Giorgi, Formelli, Meriggiola et al., 2009), gli effetti degli ormoni esogeni (in primis testosterone) sull'utero sono vari e richiedono un monitoraggio per valutare l'eventuale insorgimento di patologie endometriali (Mattawanon, Spencer, Schirmer & Tangpricha, 2018). Le possibili ricadute sugli ovociti sono ancora oggetto di studio, con l'evidenza che tale trattamento causa l'arresto del ciclo mestruale dopo 8-12 mesi (Loverro, Resta, Dellino, Cascarano, Loverro, & Mastrolia, 2016), ma non sopprime completamente l'ovulazione, poiché sono state riportati casi di gravidanze avvenute per fecondazione ovarica in pazienti sottoposti ad androgeni (*ibid.*). In caso specifico di gravidanza, la cessazione dell'assunzione di testosterone è necessaria per abbassare il rischio di possibili effetti teratogeni (Mattawanon et al., 2018). Gli effetti degli ormoni androgeni sembrano legati alla quantità e alla durata dell'esposizione; tuttavia, i dati relativi sono scarsi (*ibid.*). Ridotte dimensioni del feto, basso peso alla nascita, ritardo e diminuzione della produzione di latte mammario sono alcuni degli effetti dati dal testosterone esogeno durante la gravidanza (Carlsen, Jacobsen & Romundstad, 2006; Betzold, Hoover & Snyder, 2004), e l'esposizione prenatale e neonatale a dosaggi ormonali alterati sono forti candidate per avere un ruolo causale nel dismorfismo sessuale del comportamento, essendo essi responsabili della differenziazione sessuale sia corporea che cerebrale (Knickmeyer & Baron-Cohen, 2006).

Le tecniche di crioconservazione che sembrano più promettenti in termini di efficacia per fini riproduttivi indicano 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 ovocita scongelato (Andersen, Kelsey, Mamsen & Vuong, 2020; Potdar, Gelbaya, & Nardo, 2014). Per questa ragione, la crioconservazione degli ovociti è diventata il metodo di preservazione della fertilità (PF) più diffuso tra le persone transgender AFAB, scelta sostenuta anche dal fatto che essa permette di evitare le problematiche etiche connesse all'uso dello sperma di un donatore o del partner, ai quali si rimarrebbe vincolati in caso di fecondazione embrionale; in questo modo, invece, si dà piena autonomia al

proprietario rispetto ai propri gameti (Rienzi & Ubaldi, 2015). La provenienza dello sperma impiegato per la fecondazione degli ovuli in caso di produzione di embrioni, infatti, solleva questioni etiche e legali, ad esempio rispetto alla podestà genitoriale (Gong, Liu, Zheng, Tian, & Li, 2009).

Un'altra questione delicata e poco considerata nel dibattito è quella relativa alle implicazioni per la salute dei nati con fecondazione in vitro (FIV). La recente diffusione della FIV e le crescenti speranze che si ripongono in questa tecnica trovano in parte conferma nelle buone probabilità dei bambini nati con questa tecnica di essere sani (Kohda, 2013). È però necessario ricordare che la vita umana al suo esordio è estremamente fragile e nonostante gli avanzamenti negli studi sul DNA ciò che si conosce è ancora ben poco, e una modifica ambientale anche minima è sufficiente per provocare alterazioni dagli effetti imprevedibili sull'embrione e sull'individuo (Bellieni & Marchettini, 2008). Proprio in virtù del fatto che il codice genetico può essere facilmente alterato da stimoli ambientali, gli effetti della manipolazione embrionale e dei terreni di coltura sull'embrione sono molto attenzionati dall'epigenetica. Resta infatti la possibilità di alterazioni epigenetiche indotte da queste tecniche, poichè l'ambiente di coltura e il tempo che l'embrione vi trascorre possono influenzare l'espressione genica del DNA (Kohda, 2013).

Inoltre, le tecniche eterologhe di procreazione medicalmente assistita aprono ad ulteriori scenari di complessità, tra cui spiccano le possibili conflittualità giuridiche, il peso del legame biologico e della genitorialità responsabile, la fragilità della struttura del sistema familiare, il ruolo dello scambio economico, il diritto all'identità e le domande sull'origine di cui il figlio è portatore (Palazzani, 2017; Nicolussi, 2017).

Capitolo 2 – Desiderio, prospettive ed esperienze di preservazione della fertilità e gestazione

2.1 Prevalenza demografica del desiderio di genitorialità biologica

Sebbene in vari stati la possibilità per le persone transgender di avere figli biologici sia negata, e alcune legislazioni prevedano addirittura la sterilizzazione come condizione necessaria per un cambiamento legale del genere (De Sutter, Kira, Verschor, & Hotimsky, 2002; Wierckx, Van Caenegem, Pennings, Elaut, Dedecker, Van de Peer, T'Sjoen *et al.* 2012), una serie di studi ha evidenziato la presenza del desiderio di genitorialità nelle persone transgender (Wierckx *et al.* 2011; Defreyne, Van Schuylenbergh, Motmans, Tilleman, & T'Sjoen, 2020). In particolare, Riggs e colleghi (2016) hanno descritto i differenti percorsi intrapresi, con la maggioranza degli individui che preferirebbero diventare genitori attraverso l'adozione o lasciando che sia il proprio partner a partorire (Riggs, Power & von Doussa, 2016). Similmente, 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% il sistema di affidamento. Le preferenze rispetto al metodo prescelto per diventare genitori dipendono anche dal genere assegnato alla nascita del soggetto, poiché si nota che le donne transgender riportano più spesso di voler avere dei figli attraverso l'adozione, mentre gli uomini transgender attraverso rapporti sessuali e gravidanza (*Ibid.*).

Complessivamente, l'interesse ad avere un legame biologico con il proprio figlio o figlia si rivela minoritario, ma è comunque dichiarato generalmente da circa un terzo della popolazione transgender, come riportato da diversi studi (39% circa, 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 siano da tenere in considerazione gli elementi dell'età e del contesto socioculturale delle persone intervistate. La maggior parte delle persone intraprende la scelta di affermazione mentre è in età riproduttiva (Wallien, Veenstra, Kreukels, & Cohen-Kettenis, 2010) e si trova successivamente, o durante, in una relazione affettiva (De Cuyper, T'Sjoen, 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 espressione fisiologica di una tappa di sviluppo del ciclo di vita, che tuttavia nel caso specifico si imbatte in complicità non indifferenti.

È risaputo infatti che il trattamento ormonale e gli interventi chirurgici di modificazione anatomica possono indurre ad 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 che a effettuare 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 l'altro intento. L'astenersi dal curare la propria disforia può infatti portare al perpetrarsi di uno stato di sofferenza personale pervasivo (*Ibid.*), 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 riesumabili in seguito e impiegabili 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 del proprio materiale genetico potenzialmente utilizzabile, di crioconservare i propri gameti prima di intraprendere alcun trattamento medico. Inoltre, numerosi studi sostengono l'importanza fondamentale dell'informazione al paziente da parte del personale medico rispetto alle possibilità di preservazione della fertilità e del supportare 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) e 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 ampia scala (Voultsos, Zymvragou, Karakasi & Pavlidis, 2021).

2.2 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 di trovano a fare i conti coinvolgono sia fattori contestuali più ampi che aspetti specifici relativi all'essere transgender (Voultsos *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; Voultsos *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 sentono in grado di prendere decisioni così importanti e pregnanti per il proprio sviluppo futuro (Voultsos *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). Anche buona parte ritengono 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 (Voultzos *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 (Voultzos *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 problematicità 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 evoluzione¹⁴.

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; Voultzos *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.¹⁵

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 scelgono di non avvalersene perché non la ritengono sostenibile personalmente e non si

¹⁴ <https://www.ilga-europe.org/rainbow-europe/>

¹⁵ <https://www.siams.info/ceams-padova/>

vogliono sottoporre a tale procedura (Armuand *et al.*, 2017), sebbene le motivazioni di coloro che declinano gli interventi di PF siano ancora oggetto di studi estremamente esigui (*Ibid.*).

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 (Voultsov *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 (Voultsov *et al.*, 2021).

Nonostante, come detto, due delle cause di non utilizzo della tecnica di FP 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; Voultsov *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.

2.2.1 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 rispetto 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 buona parte delle persone riportino di non aver interesse per la PF (Defreyne *et al.*, 2020), e informare i pazienti prima dell'eventuale inizio di un trattamento medico per l'affermazione di genere stia progressivamente diventando più diffuso, è ancora evidente la mancanza diffusa di un counselling appropriato da parte di operatori espressamente formati per affrontare la questione (Sterling & Garcia, 2020; Voultsos *et al.*, 2021). È importante, infatti, che il personale sanitario sia consapevole del desiderio di genitorialità che anche i soggetti transgender possono avere, e, di conseguenza, possa essere capace di discutere con loro le reali opzioni disponibili rispetto alla fase di sviluppo personale e del processo di affermazione di genere intrapreso, prospettando l'impatto della terapia ormonale sulla fertilità e le potenziali complicazioni durante il parto (Light *et al.*, 2014), ma anche esplicitando che la scelta della crioconservazione dei gameti non è necessariamente vincolata a un loro successivo uso (Wierckx, Stuyver *et al.*, 2012). Il ruolo del clinico è particolarmente delicato nei confronti dei ragazzi adolescenti e giovani adulti, per cui l'azione di counselling deve considerare le potenziali intersezioni con la disforia di genere e presenza o assenza di capacità di visione a lungo termine, nonché la facilità con cui sono soggetti alla pressione da parte dei genitori (*Ibid.*); si è notato infatti che alcuni giovani transgender si sottopongono alla PF perché spinti da loro (Riggs & Bartholomaeus, 2020). Sebbene genitori e figli tendano ad avere visioni simili rispetto alla questione delle potenziali opzioni di intervento sulla fertilità (Donkin, Bates, Britto & Conard, 2017; Walton-Betancourth, Monti, Adu-Gyamfi, Roberts, Clarkson, Ward & Butler, 2018) l'impatto delle aspirazioni dei primi sulle scelte dei più giovani è molto presente (e.g., Nahata, Campo-Engelstein, Tishelman, Quinn, & Lantos, 2018), anche nel caso in cui siano in disaccordo (Quinn, Sampson, & Campo-Engelstein, 2018). I genitori hanno invece la responsabilità di aiutare i propri figli ad informarsi in modo completo, nonché di fornire un supporto adeguato a una decisione sensata rispetto al loro percorso di vita, senza essere né accondiscendenti né osteggianti nei confronti della loro decisione consapevole e autonoma, sebbene la giovane età possa aprire a degli interrogativi nei confronti della possibilità che la scelta possa essere non del tutto consapevole (Riggs & Bartholomaeus, 2020).

Dai professionisti che si curano di questo passaggio consultivo invece ci si aspetta la capacità di informare in modo appropriato e accompagnare i giovani alla scelta (*Ibid.*), facendo particolare attenzione a tutti gli aspetti che hanno portato a maturare l'eventuale desiderio di impegnarsi per provare ad aumentare le possibilità di avere una progenie in futuro. Qualcuno ha espressamente riferito che ha intrapreso il percorso di FP per non deludere le aspettative dei genitori, nonostante il suo desiderio fosse quello di non farlo in quanto la sua opinione a riguardo era contraria (*Ibid.*). La scelta di perseguire la FP da parte di bambini, adolescenti e giovani adulti può essere estremamente ardua, sia perché possono non essere sufficientemente maturi e competenti (Nahata *et al.*, 2017) sia per il fatto che ammettono spesso di non sentirsi pronti per fare una scelta così importante e duratura (Riggs & Bartholomaeus, 2020). Queste due motivazioni li portano a essere soggetti estremamente fragili e influenzabili da altri soggetti ed è per questo che è necessaria un'estrema attenzione nei loro confronti in questo passaggio consultivo e supportivo, l'intervento non deve limitarsi a essere meramente informativo. In questi casi, infatti, oltre alla pressione cui sono sottoposti nel momento in cui vi è una forzatura nella decisione di poter o meno conservare i propri gameti (*ibid.*), qualora ci sia disaccordo tra il soggetto e i genitori, possono nascere anche problematiche riguardanti l'autorità decisionale (De Wert, Dondorp, Shenfield, Barri, Devroey, Diedrich, Pennings *et al.*, 2014). Ad oggi, solo un piccolo numero di studi ha incluso il punto di vista di ragazzi giovani (ad esempio Brik, Vrouenraets, Schagen, Meissner, de Vries & Hannema, 2019; Chen, Simons, Johnson, Lockart, & Finlayson, 2017; Nahata *et al.*, 2017).

Un'altra sottile e altrettanto rischiosa forma di pronatalismo è evidente nei report delle persone che sono state caldamente invitate dagli operatori sanitari a considerare la preservazione dei gameti puntando 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 in questo modo sembrano veicolare il messaggio implicito di dubbio o addirittura a favore dell'importanza del 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 poter tenere aperta la possibilità di decidere in un secondo momento se tentare di avere un figlio geneticamente connesso a sé risulta quindi criticato dai pazienti stessi. I risultati dell'indagine evidenziano che un'enfasi pronatalista implicita potrebbe eclissare il fatto che la genitorialità non è obbligatoria, e magari sostenere il pregiudizio di doversi rifare ad un'aspettativa normativa (*Ibid.*). L'atteggiamento deontologicamente auspicabile nell'informare rispetto alla preservazione della fertilità è quindi di descriverne le possibilità disponibili (anche in termini di costi finanziari associati e copertura sanitaria pubblica), le potenziali difficoltà associate 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 di sofferenza legata all'identità di genere, ma anche riconoscere che i risultati delle tecnologie di riproduzione assistita sono variabili e in alcune aree (come la conservazione dei tessuti) potrebbero non essere ancora disponibili abbastanza dati di ricerca per valutarne l'efficacia per fini riproduttivi (Baram *et al.*, 2019; Sterling & Garcia, 2020).

2.3 Esperienze di preservazione della fertilità

Per una più completa comprensione del fenomeno, è significativo confrontare le prospettive esposte in precedenza con le esperienze riferite da coloro che si sono sottoposti ai trattamenti per la preservazione della fertilità. Sebbene il numero di coloro che scelgono effettivamente di avvalersi delle tecniche di PF sia ulteriormente ridotto rispetto alla percentuale di persone che chiedono un consulto in merito, e la limitatezza degli studi presenti suggerisca che le potenziali complicanze sono ancora almeno in parte sconosciute, si possono comunque trarre delle indicazioni di carattere generale rispetto al fenomeno, utili per fornire una prospettiva più realistica ai pazienti nella fase consultiva preventiva. Se uno studio di meta-analisi includente ricerche di più Paesi ha rilevato che l'uso riportato della PF varia tra il 10% e l'82% nelle donne transgender e tra lo 0% e il 17% negli uomini transgender (Baram, Myers, Yee & Librach, 2019), altri hanno rilevato che la percentuale è minore tra gli adolescenti (Nahata *et al.*, 2017; Auer, Fuss, Nieder, Briken, Biedermann, Stalla, Hildebrandt, *et al.*, 2018; Lai, McDougall, Feldman, Elder & Pang, 2020). Globalmente l'effettiva diffusione della preservazione della fertilità tra le persone transgender è consistentemente bassa (Chen *et al.*, 2017; Nahata *et al.*, 2017; Jones, Reiter & Greenblatt, 2016; Abern & Maguire 2018; Auer *et al.*, 2018; Moravek 2019), specialmente tra le persone di sesso femminile alla nascita, anche in seguito a consultazione clinica (Chen *et al.*, 2019; Nahata *et al.*, 2017; Von Doussa, Power & Riggs, 2015).

Se l'opinione che la perdita della potenzialità di genitorialità biologica sia "un prezzo da pagare" (De Sutter, 2001) per poter effettuare la propria affermazione di genere resta diffusa, un ristretto numero di studi ha iniziato a raccogliere i resoconti di alcuni individui che si sono sottoposti ai trattamenti di PF, arricchendo così le informazioni mediche presenti rispetto ai metodi e agli esiti più strettamente fisiologici della dimensione del vissuto in prima persona. Pur trattandosi di casi composti da un numero molto ristretto di soggetti, si possono raccogliere alcune questioni sollevate ripetutamente che sono di interesse psicologico, etico e sociale.

Se innanzitutto gli stessi specialisti medici considerando l'invasività delle procedure e i costi psicologici e finanziari descrivono "difficile" la PF per persone di sesso femminile, mentre dipingono come "facile" o almeno "più facile" il processo a cui si sottopongono gli individui di sesso maschile, numerosi soggetti AMAB dissentono sottolineando quanto sia in realtà doloroso e angosciante per

loro dal punto di vista psicologico, a partire dalla difficoltà a masturbarsi per provocare un'eiaculazione intenzionale (Riggs *et al.*, 2020: “Una delle cose più difficili che io abbia mai dovuto fare”). Tale sensazione soverchiante di impedimento è data sia dal fatto che il gesto in sé è sentito come profondamente legato all'identità di genere da cui si vuol prendere le distanze, sia dal doverlo compiere in un ambiente clinico, tanto da essersi rivelata uno dei principali deterrenti alla PF, insieme all'idea di non voler conservare dei gameti che rappresentino il genere in cui non ci si riconosce (*Ibid.*). Sebbene le tempistiche e i livelli di complessità delle procedure siano differenti a seconda del sesso di partenza dell'individuo, separare gli aspetti strettamente medici da quelli psicologici non è né semplice né utile a comprendere le sfide a cui le persone transgender vanno incontro sottoponendosi agli interventi di PF. Da un sondaggio al personale medico, però, si nota, oltre ad una globale scarsa conoscenza specifica per lavorare con persone transgender nel campo della PF (e.g., Tishelman, Sutter, Chen, Sampson, Nahata, Kolbuck, & Quinn, 2019), una tendenza implicita a ridurre ogni potenziale disagio associato alla conservazione della fertilità agli aspetti medici, ignorando di fatto gli aspetti psicologici (Riggs *et al.*, 2020).

È noto invece che le stimolazioni ormonali precedenti la crioconservazione degli ovuli hanno un impatto negativo poiché tendono ad aumentare l'incongruenza di genere e la disforia di genere, soprattutto se intraprese dopo l'inizio del trattamento con testosterone (Armuand *et al.*, 2017; Tornello & Bos, 2017) ma anche nel caso in cui esse siano la causa della posticipazione degli interventi affermativi (Chen *et al.*, 2017). Sia il prolungamento dell'attesa di iniziare la desiderata mascolinizzazione del corpo che l'interrompere temporaneamente l'assunzione di testosterone in corso per poi ritornare a sottoporsi ad un'alta dose di estrogeni può infatti provocare irritabilità, instabilità emotiva e aumento della disforia corporea, oltre al fatto che la stimolazione ovarica può portare all'accentuarsi di alcuni tratti femminili (Armuand *et al.*, 2017; Birenbaum-Carmeli, Inhorn & Patrizio, 2021). In alcuni casi la stimolazione ormonale ha portato all'esacerbarsi del disagio fino all'autolesionismo (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2021; Armuand *et al.*, 2017). Un altro passaggio clinico decisamente osteggiato sia per il suo rimando sessuale che per la sua invasività è quello delle ecografie transvaginali (Armuand *et al.*, 2017; Kyweluk, Sajwani, & Chen, 2018; Chen *et al.*, 2018; 2019; Von Doussa *et al.*, 2015; Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2021). Gli aspetti primariamente sollevati sono quindi relativi all'impatto psicologico delle modificazioni corporee indotte dall'assunzione dei farmaci ormonali e dell'invasività delle tecniche impiegate, sia dal punto di vista del dolore fisiologico che del malessere legato alla centralità dei propri organi sessuali, fonte di disagio.

Se qualcuno non vede la discontinuità del trattamento ormonale come un problema e la affronta come un passaggio in cui mettere in campo più forza di sopportazione, altri hanno descritto quanto sia stato

una sfida e uno sforzo mentale (Armuan *et al.*, 2017). In particolare, il periodo di tempo tra l'invio ad un medico specialista e la prima visita nella clinica di medicina riproduttiva è vissuto come lungo e frustrante, e tutti gli intervistati si sono detti ansiosi di concludere l'iter per passare all'assunzione di testosterone (*Ibid.*). La durata di questo passaggio è rilevante e tuttavia variabile, poiché l'ampiezza della finestra temporale di sospensione per permettere il processo di recupero di alcuni ovuli non è descritta in modo standardizzato nelle linee guida di trattamento internazionali; nei casi attualmente rilevati si è trattato per lo più di un periodo da 6 a 3 mesi (Light *et al.*, 2014).

Dopo la sospensione della somministrazione di testosterone per il ripristino parziale dell'attività fisiologicamente connessa al sesso natale i pazienti riferiscono di essersi sentiti affaticati ed esausti, oltre ad aver avuto conseguenze come l'alterazione sensoriale olfattiva e la percezione dolorosa del vedere il proprio corpo tornare ad avere dei connotati più femminili, tra cui l'innalzamento del registro vocale (Armuan *et al.*, 2017). Alcuni esempi tratti dallo studio di Armuan e colleghi (2017): «È stata molto dura. È stata dura mentalmente interrompere [...] influisce su tutto [...]»; e «Mi sono sentito un po' in bilico tra l'essere una donna e l'essere un uomo, e uno torna di nuovo al punto di partenza [...] un po' più femminile, quindi... Poi ho sentito che "No, non mi sento bene così"». Nonostante qualcuno descriva il trattamento come privo di complicanze, la maggior parte dei soggetti avverte che esso ha un impatto sul proprio umore, rendendoli irritabili, instabili e meno a loro agio con il proprio corpo, accentuando la non accettazione del proprio aspetto fisico: il rigonfiamento dei fianchi, del torace e dell'addome prodotto dalla stimolazione ormonale riportano in auge dei tratti fenotipicamente femminili, esacerbando la relazione complicata con i propri genitali, parte del corpo spesso odiata, bistrattata, celata (*ibid.*). I partecipanti che hanno ripreso ad avere le mestruazioni lo raccontano come una delle parti più ardue di tutto il processo di PF, psicologicamente stressante e fonte di ansia, poiché ricorda loro un'identità che vorrebbero lasciarsi alle spalle (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2021). Passare dall'intento di presentarsi come uomini all'essere guardati come donne durante l'esaminazione medica fa sentire a disagio, vulnerabili nella fragilità della propria nudità esposta proprio in quelle parti che disconoscono, in una situazione che rivela o ricorda agli altri la propria incongruenza di genere (*ibid.*). L'effetto dello sguardo altrui continua anche all'esterno della clinica medica a causa degli effetti del trattamento ormonale, che possono dare l'impressione che la persona sia incinta (Armuan *et al.*, 2017). Qualcuno, tuttavia, riporta di aver avuto meno complicanze e preoccupazioni di quelle che si aspettava, forse perché trattato con un inibitore dell'aromatasi, che mantiene i livelli di estrogeni più contenuti (*ibid.*).

La sofferenza durante le procedure di PF e i successivi passaggi medici, oltre al contrasto tra le modificazioni corporee e la propria identità di genere, può essere dovuta al tipo di assistenza ricevuta, che può presentarsi come discriminante rispetto al genere e ai cambiamenti affermativi intrapresi

(Hoffkling, Obedin-Maliver & Sevelius, 2017). La maggior parte dei soggetti dello studio di James-Abra e colleghi (2015) riscontra che all'interno delle cliniche di medicina riproduttiva deve confrontarsi con una realtà etero-cis normativa, trovandosi di fatto a essere identificata con il sesso assegnato alla nascita dai professionisti sanitari, che presumibilmente procedono in linea con il loro focus anatomico-fisiologico, ignari del significato dei connotati sessuali per il paziente in questione (James-Abra, Tarasoff, Green, Epstein, Anderson, Marvel, Ross *et al.*, 2015). È documentato, inoltre, che buona parte dei medici mancano di competenza specifica rispetto alla salute riproduttiva delle persone transgender (Tishelman *et al.*, 2019), mentre alcuni sono molto supportivi e incoraggianti (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2021) anche quando i soggetti sono esitanti o timorosi nell'intraprendere la PF (Armuan *et al.*, 2017).

Nell'esperienza di 4 giovani soggetti transgender AFAB riportata Birenbaum-Carmeli e colleghi (2021) è enfatizzato il ruolo cruciale della rete di supporto dei pari (sia nella forma di conoscenti supportivi che veicolano informazioni nell'ambito dei gruppi specifici di persone LGBTQIA+) e dell'accettazione e sostegno (innanzitutto economico) da parte della famiglia e dei colleghi di lavoro. Essendo il desiderio di genitorialità biologica connesso con i legami di parentela, infatti, l'eventuale partner e i familiari più stretti hanno un'influenza determinante nella scelta e nel sostegno durante la procedura di PF a diversi livelli, fino a casi come quello di Ron che, personalmente riluttante alla genitorialità biologica, ha acconsentito a sottoporsi al processo di PF come atto di devozione filiale verso la madre (*ibid.*).

Oltre all'importante ruolo svolto dai legami familiari e dalla rete di supporto nel contribuire ad alleviare il peso economico, logistico e psicologico delle procedure (*ibid.*), i pazienti riportano di aver tentato di avvalersi di diverse strategie di coping per sopportare meglio lo stress e i sentimenti negativi. Nello studio di Armuan *et al.* (2017), ad esempio, uno dei partecipanti racconta che se il proprio corpo sembrava premere per sfuggire a tale situazione ("gridava: Corri! Corri dall'altra parte!", *ibid.*) un primo elemento motivatore era il ripetersi continuamente l'intento per cui si stavano sottoponendo a tale processo. Per quanto impegnativo fosse mostrarsi vulnerabili, un valido aiuto è stato il chiedere supporto e consiglio ad amici e parenti, avvisando inoltre in anticipo le persone che avevano intorno in modo da indurle a essere comprensive nei riguardi delle possibili alterazioni umorali (*ibid.*). Alcune volte semplicemente i pazienti ricercavano compassione per il loro essersi sottoposti a tali traversie, altre volte tentavano di convincersi a fare un passo alla volta, ripetendosi che presto sarebbe finita, altre ancora hanno provato a spegnere i propri sentimenti e disconnettersi da quanto stava succedendo per evitare di percepire il dolore, ma essendo inevitabilmente coinvolti ed esposti (*ibid.*). Particolarmente diffuso si è rivelato essere l'approccio cognitivo di prepararsi consapevolmente al dover affrontare una situazione estremamente difficile, prendendo coscienza del

fatto che si tratta di un passaggio obbligato data l'incongruenza di genere sperimentata, favorendo in questo modo una relazione meno conflittuale con la propria immagine corporea (*ibid.*).

Un altro elemento di riflessione può essere riscontrabile nel fatto che questo coinvolgimento precoce con la riproduzione è “un po' folle” (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2021), perché i giovani transgender si trovano a doversi confrontare con dilemmi esistenziali molto precedentemente rispetto a molti dei propri pari, trovandosi costretti a prendere decisioni cruciali per la vita anticipatamente rispetto alle loro tappe di sviluppo.

Sebbene gli esiti della crioconservazione dei gameti come descritto da Riggs *et al.* (2020) siano vari, i casi in cui essi siano stati poi effettivamente impiegati per delle procedure di fecondazione medicalmente assistita meritano un approfondimento specifico, oggetto del prossimo paragrafo.

2.4 Casi di gestazione medicalmente assistita

In una recente rassegna che raccoglie 14 dei più citati studi in campo di medicina riproduttiva, transgender studies e scienze della salute riguardo 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, ritenuta non in conflitto con la propria identità di genere o il solo mezzo possibile, per quanto incongruente, per avere il figlio voluto (Ellis, Wojnar & Pettinato, 2015; Light *et al.*, 2014) poiché si prospettano diversità di trattamento e inaccessibilità alle agenzie di maternità surrogata e di adozione (*ibid.*), restano degli aspetti da approfondire. Nell'insieme, è evidente che gli individui transgender hanno bisogni specifici rispetto a fertilità, concepimento, gravidanza, parto e periodo postparto rispetto alla popolazione generale (Hoffkling *et al.*, 2017). Tali differenze possono nascere dagli effetti biomedici derivanti dall'uso di ormoni esogeni o da chirurgie affermative (Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Dal punto di vista psicosociale, invece, i problemi riguardano soprattutto la relazione con la propria identità di genere, la disforia corporea, o 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 delle prestazioni mediche e amministrative (Besse, Lampe & Mann, 2020; Brandt, Patel, Marshall & Bachmann, 2019). Complessivamente, essi vanno incontro a 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 posti sotto osservazione dagli studi fatti finora (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 dagli utenti come non appropriato, perché essi preferirebbero al posto del vocabolario medico e anatomico corrente termini tendenzialmente neutri, che evitino essenzialmente i 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 da alcuni dei propri pazienti transgender di mancanza di competenza culturale nelle interazioni. Infatti, pur riconoscendo la bontà dell'intenzione e l'intento non discriminatorio, i soggetti in cura si sentono patologizzati e costretti a sottoporsi a esami che non sembrano loro rilevanti rispetto all'intento riproduttivo che si prefigurano (*Ibid.*). In particolare, le banche dello sperma, in quanto servizi privati, sono autorizzate a stabilire se fornire o meno lo sperma ad un dato cliente basandosi su un giudizio che può richiedere l'approvazione preventiva di un medico (Pietrzak, 2012). Mentre numerosi partecipanti descrivono un sistema di assistenza sanitaria che fornisce servizi in un'ottica prettamente centrata su pazienti donne, vari altri hanno avuto un incontro positivo con dei professionisti che non consideravano il loro essere trans una stranezza (Hoffkling *et al.*, 2017) e si riferivano ad essi con i pronomi voluti (Light *et al.*, 2014). Se alcuni soggetti chiedono con forza di essere considerati pazienti normali, "esseri umani con corpi normali" (*Ibid.*), d'altro canto l'unicità delle esigenze manifestate dai pazienti transgender li spinge fino ad esplicitare ai professionisti dei servizi sanitari come vorrebbero che essi si prendessero cura di loro (*Ibid.*) Essendo stati apostrofati con il genere per loro sbagliato e essendosi sentiti dire che non sarebbero potuti essere dei buoni genitori, alcuni sono diventati diffidenti verso l'assistenza sanitaria nazionale e tentano di evitarla, preferendo cercare assistenza domiciliare (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2021)

I soggetti intervistati, tuttavia, differiscono ampiamente nel bisogno di affermazione dell'identità di genere nel momento in cui è possibile pensare a una gravidanza. Per alcuni, essere visti e considerati come uomini, con relativi pronomi maschili, è ritenuto critico per il proprio senso di sicurezza emotiva e benessere, mentre altri sono solo minimamente infastiditi dall'essere identificati secondo il proprio sesso originario (Hoffkling *et al.*, 2017). Analogamente, per alcuni era importante essere visti come gestanti, mentre altri non volevano assolutamente far riconoscere il proprio stato di gravidanza a nessuno al di fuori della propria cerchia ristretta (*Ibid.*). Il grado di visibilità e apertura variava quindi di molto, con tre principali strategie comunemente adottate: (1) passare per una donna cisgender, dando così visibilità alla gravidanza ma allo stesso tempo diminuendo l'espressione di genere maschile (2) nascondere il proprio stato di gravidanza per aumentare la propria affermazione esterna di genere senza incorrere in episodi di rifiuto per il fatto di essere gestante e volersi identificare come uomo, (3) esposti in modo visibile sia come transgender che come gestante, con il rischio di subire maggiori discriminazioni (Hoffkling *et al.*, 2017; Ellis *et al.*, 2015).

Il vissuto più caratterizzante e pervasivo in tutto il periodo perinatale più comunemente riportato è la preponderante sensazione di isolamento, che i pazienti sentono permeare le interazioni sociali, oltre alla difficile risposta emozionale durante ogni stadio del conseguimento della genitorialità biologica, in particolare se affiancata all'incongruenza di genere durante la gravidanza (Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Bessee et al., 2020). Questa sensazione è descritta come mancanza di supporto percepito e invisibilità (Light et al., 2014) e il tutto è esacerbato dalla sensazione di distanziamento dalla comunità LGBTQIA+, che non ha dei modelli a cui assimilare la condizione di uomo gestante e fatica a comprenderla (Ellis et al., 2015). In connessione con l'isolamento, molti menzionano direttamente di avere o aver sperimentato depressione post partum, sia esplicitamente diagnosticata che inferita dalle loro narrazioni, in cui erano presenti esperienze riconducibili ad episodi depressivi perinatali (*Ibid.*). Dato che il tasso depressivo e di suicidio nella popolazione transgender è risaputo essere più alto che nella popolazione generale (Obedin-Maliver & Makadon, 2016) e che la condizione di vulnerabilità di per sé tipica del periodo perinatale nel caso degli individui transgender è aggravata dalla mancanza di supporto familiare e sociale, dal vissuto di discriminazione e dalla solitudine pervasiva (Grant, Motter & Tanis, 2011; Ellis et al., 2015; Light et al., 2014), la popolazione transgender è particolarmente a rischio di depressione post partum, come riportato direttamente anche da altri studi (Brandt, Patel, Marshall & Bachmann, 2019).

Gli aspetti depressivi possono essere alimentati anche dal vissuto di disforia e non accettazione del proprio corpo sessuato, accentuati dal processo di concepimento, gravidanza e parto (Ellis et al., 2015). Sebbene l'intensità e la durata a lungo termine dell'impatto psicologico della gravidanza sulla disforia di genere sia ancora sconosciuto, spesso tale esperienza (incluso travaglio, parto ed eventuale allattamento al seno), essendo prettamente ricollegabile al genere femminile, esacerba il vissuto disforico (Brand et al., 2019; Obedin-Maliver & Makadon, 2016; Hoffkling et al., 2017). Nonostante la gravidanza, in molti modi, costringa i pazienti a tornare al sesso assegnato alla nascita (Brand et al., 2019), tuttavia, alcuni uomini transgender vivono quest'esperienza dal punto di vista maschile, considerandola una porta di accesso alla paternità (Light et al., 2014). Nel complesso, 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 particolarmente solitario e travolgente a livello emotivo, in cui hanno dovuto cercare delle strategie di coping per reggere le sensazioni di agitazione e tumulto. La maggior parte riporta di aver vissuto nella fase preconcezionale un forte conflitto interiore, alternando sofferenza, curiosità e intensi momenti di crisi, quest'ultima, per alcuni soggetti,

prolungatasi negli anni successivi. Sebbene gran parte abbia mantenuto un'identità di genere stabile durante il periodo perinatale, diversi hanno temuto di "tornare ad essere donne" (*ibid.*) a causa dei tentativi di concepimento e della sospensione del testosterone. I significativi cambiamenti corporei connessi, infatti, come già descritto, accentuano i connotati femminili e la perdita di controllo sul proprio corpo -non più sottoposto a trattamento farmacologico con ormoni esogeni- con esiti differenti in termini di vissuto esperito: sebbene la maggioranza esprima un senso di sollievo al termine del processo, alcuni hanno sperimentato un senso di incarnazione, coesione di sé e connessione con il feto in fase di sviluppo, sentendosi a proprio agio nel corpo e riappacificandosi con la propria parte femminile/transessuale (Ellis *et al.*, 2015; Light *et al.*, 2014), altri al contrario hanno sperimentato disconnessione con sé stessi, con il proprio corpo e con la vita che portavano in grembo -qualcuno fino a dichiarare l'odio nei confronti della propria condizione di gravidanza, portando inevitabilmente a un aumento della disforia, in alcuni casi sperimentata anche nel post partum (Light *et al.*, 2014).

L'insufficienza di informazioni specifiche disponibili per persone transgender è esemplificata dal fatto che i partecipanti non fossero al corrente di tutti i significativi cambiamenti umorali associati alla sospensione o cessazione dell'assunzione di testosterone durante la gravidanza e nel periodo post partum (Ellis *et al.*, 2015; Hoffkling *et al.*, 2017). La carenza significativa di indicazioni su cui sia pazienti che personale sanitario possano fare affidamento (Ellis *et al.*, 2015, Hoffkling *et al.*, 2017; Ard & Makadon, 2012) può esacerbare il conflitto tra il proprio desiderio di fertilità e progettualità relazionale e quello per i trattamenti di affermazione di genere, soprattutto per i dubbi rispetto agli effetti dell'uso del testosterone in gravidanza (Ellis *et al.*, 2015; Hahn, Sheran, Weber, Cohan, & Obedin-Maliver, 2019; Hoffkling *et al.*, 2017; Wingo *et al.*, 2018). La carenza di informazioni rispetto agli effetti a breve e lungo termine del testosterone su organi riproduttivi, sulle difficoltà di concepimento, riguardo agli esiti della gravidanza e allattamento, e sulla propria salute mentale genera frustrazione (Hoffkling *et al.*, 2017), soprattutto perché le indicazioni esistenti non sono rassicuranti: l'uso di testosterone esogeno può inficiare la fertilità, la fecondità e impattare significativamente sullo sviluppo del feto (Coleman *et al.*, 2012; Gorton & Jamie Buth, 2005; Hembree, Cohen-Kettenis, Delemarre-Van De Waal, Gooren, Meyer III, Spack, Montori *et al.*, 2009); è associata ad effetti virilizzanti durante l'embriogenesi (Brandt *et al.*, 2019); è correlata ad un ridotto peso alla nascita (Carlsen, Jacobsen & Romundstad, 2006; Voegtline, Costigan, Kivlighan, Henderson & DiPietro, 2013) e ad una percentuale molto più elevata di aborti spontanei rispetto alla popolazione generale (Moseson *et al.* 2020).

Anche a causa di queste modificazioni preoccupa che solo poco più della metà delle persone che scelgono di portare avanti una gravidanza dopo aver iniziato l'assunzione di ormoni androgeni ne

abbia discusso seriamente e con accuratezza le potenziali implicazioni sulla gestazione e sul feto con un professionista (*Ibid.*). Infatti, è sempre fondamentale discutere della pianificazione familiare e in particolare del desiderio di poter avere dei figli geneticamente legati a sé prima dell'inizio dell'assunzione ormonale (Obedin-Maliver & Makadon, 2016; Coleman *et al.*, 2012; Hembree *et al.*, 2009). Nel periodo post partum sorgono poi ulteriori problemi riconducibili alla ripresa dell'assunzione del testosterone. In particolare, si raccomanda a coloro che allattano al seno di posticipare l'assunzione ormonale (Gorton & Jamie Buth, 2005), anche perché un elevato livello di testosterone finisce per sopprimere la lattazione (Hahn *et al.*, 2019). A questo proposito molti pazienti chiedono di essere più informati rispetto all'impatto delle procedure affermative (sia mediche che chirurgiche) sulla futura salute e funzione riproduttiva (es. gli effetti degli interventi al seno per l'allattamento, del testosterone per la futura fertilità e la capacità di condurre una gravidanza), specificando sia ciò che è noto sia ciò che non lo è (Hoffkling *et al.*, 2017). Il ruolo di coloro che forniscono assistenza sanitaria su questo aspetto è fondamentale per evitare che i pazienti ricerchino informazioni attraverso reti informali meno documentate: la capacità di un individuo di fare delle scelte significative per la vita si basa sul suo essere propriamente informato sulle conseguenze più probabili delle sue scelte strategiche (*ibid.*). Per poter migliorare il servizio assistenziale è necessario valutare più ampiamente l'impatto delle terapie ormonali sugli esiti riproduttivi, con osservazioni mirate rispetto sia alle complicazioni ostetriche che agli effetti psicologici nel periodo perinatale, oltre all'impatto a breve e lungo termine della gravidanza sulla disforia di genere (Brant *et al.*, 2019).

2.5 Considerazioni etiche e questioni aperte

Le ricerche riportate in precedenza illustrano gli aspetti che ad oggi sono stati affrontati, sebbene lo studio delle implicazioni sulla fertilità dei percorsi di affermazione di genere sia ancora pionieristico ed è fondamentale tenere a mente che attualmente la conoscenza riguardo gli effetti psicologici dei trattamenti volti alla preservazione della fertilità per i transessuali è esigua e le ricerche in questo senso sono limitate (Voultsov *et al.*, 2021), soprattutto rispetto all'impatto a lungo termine dei trattamenti (Brandt *et al.*, 2019). È possibile che l'età d'inizio e la durata dei trattamenti porti a variare il loro impatto sulla fertilità (Coleman *et al.*, 2012), mentre i fattori di rischio per la cessazione permanente delle mestruazioni e l'infertilità sono ignoti (Brandt *et al.*, 2019).

Globalmente, emerge che la genitorialità per le persone transgender è un argomento complesso e multidimensionale (*ibid.*), complicato dai numerosi fattori evidenziati (Nahata *et al.*, 2017; Chiniara, Viner, Palmert & Bonifacio, 2019; Brik, Vrouenraets, Schagen, Meissner, de Vries & Hannema, 2019; Persky, Gruschow, Sinaii, Carlson, Ginsberg & Dowshen, 2020). Pertanto, i pazienti che scelgono di prendere in considerazione la riproduzione medicalmente assistita devono essere

consapevoli delle principali limitazioni tecniche, che possono essere raccolte in tre domini critici: il tasso di successo (definito come il numero di nati per il numero di embrioni trasferiti in utero), la morbilità (rischi per la salute della madre e/o del feto) e costi (sia per il paziente che per il sistema sanitario) (Sterling et al. 2020). Tanto più che le normative che consentono il congelamento elettivo delle uova sono abbastanza recenti (OOCYTE, 2013).

Le conoscenze sull'inversione degli effetti negativi dopo la cessazione o sospensione del trattamento ormonale sono ancora limitate (Adeleye et al., 2019; Moravek, 2019), anche se, ad esempio, un recente studio prospettico riguardante la qualità dello sperma nelle donne transgender ha riscontrato un'elevata incidenza di anomalie (Rodriguez-Wallberg, Häljestig, Arver, Johansson & Lundberg, 2021).

Nella panoramica fornita dagli studi attualmente pubblicati, inoltre, si rileva la mancanza delle esperienze di coloro che hanno scelto di non cercare di concepire un figlio biologicamente, di coloro che ne avevano l'intento ma non ne sono risultati abili, e di coloro che pur avendo portato avanti una gravidanza non sono giunti a termine a causa di aborti spontanei, aborti volontari o bambini nati morti (Hoffling et al., 2017; Light et al., 2018; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Perciò, in futuri studi si auspica un campione più ampio che possa comprendere anche le frequenti (Ellis et al., 2015) esperienze di insuccesso, oltre all'incidenza di eventuali gravidanze indesiderate (Moseson et al., 2020). Come sottolineano anche Light e colleghi (2014), gli studi pubblicati riguardanti i parti avvenuti impediscono di generalizzare le conclusioni perché non comprendono chi ha tentato una gravidanza senza successo e coloro che non l'hanno voluta.

Oltre alle osservazioni finora effettuate, si notano delle mancanze significative nelle ricerche che hanno l'intento di proporre una panoramica sulla situazione attuale relativa al counseling preventivo di un eventuale scelta di PF: la considerazione della prospettiva degli (eventuali) nascituri e l'aspetto della strutturazione di una progettualità condivisa. Sebbene in qualche caso sia citato il ruolo del partner (Sterling & Garcia, 2020), la prospettiva preponderante è il focus sull'individuo singolo, tutt'al più in reazione all'eventualità di avere un partner in futuro (Defreyne *et al.*, 2020). Questa scelta è sicuramente giustificabile sulla base del fatto che la decisione di PF riguarda primariamente il soggetto; tuttavia, per affrontare in modo più completo e appropriato la questione non è possibile escludere le implicazioni relazionali e di significato simbolico che essa comporta (Cigoli & Scabini, 2017). Per poter offrire un consulto maggiormente appropriato si auspica quindi che si approfondisca la ricerca e si istruiscano gli operatori rispetto alle criticità etiche della fecondazione medicalmente assistita e si declinino poi tali considerazioni rispetto alle peculiarità che caratterizzano la condizione transgender.

Capitolo 3 – Desiderio di genitorialità biologica in persone transgender e *non-binary*: uno studio qualitativo

3.1 Il disegno di ricerca

Il presente elaborato riporta i dati preliminari di un progetto di ricerca in corso dal titolo “Prospettive di genitorialità biologica di persone appartenenti alla comunità transgender”, approvato dal Comitato etico della ricerca psicologica Area 17 (numero 4537/2021), della Sezione di Psicologia - Università di Padova. L’obiettivo principale di questo studio è approfondire il tema del desiderio o meno di genitorialità biologica in persone transgender e *non-binary*. Nello specifico, si vuole indagare, se, come e in quale misura vari aspetti di transfobia internalizzata, minority stress, associazione tra gravidanza e femminilità e sensibilità allo stigma fungano da deterrenti rispetto alla possibilità di pensarsi come gestanti, e come quest’ultima possa essere influenzata anche dalla modificazione della propria immagine corporea in relazione all’identità di genere e all’eventuale paura del parto. 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.

In questa sede sarà esaminata in modo particolare la prospettiva di persone AFAB (Assigned Female At Birth) attraverso un’analisi di tipo qualitativo svolta sulle interviste da loro rilasciate.

3.1.1 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. Inoltre, parte del reclutamento si è avvalso anche del coinvolgimento di un centro specializzato nella cura e nella presa in carico di persone transgender e *non-binary* con sede a Padova. 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, in particolare rispetto al centro dove eventualmente il soggetto è stato invitato a partecipare, come primo passaggio i partecipanti sono stati invitati a compilare un questionario online anonimo. Con coloro che hanno espresso, sempre su base volontaria, il consenso per essere ricontattati è stata svolta un’intervista online 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.

3.1.2 Strumenti

Il questionario è composto da una parte iniziale di domande sociodemografiche (es. età, situazione abitativa, occupazione, orientamento sessuale ecc.), e poi una specifica sulla genitorialità, indagata attraverso degli item costruiti appositamente per la presente ricerca attraverso un lavoro metodico di confronto tra professionisti operanti nel campo della clinica e della ricerca in ambito LGBT+. Le prime sezioni mirano a sondare la situazione le scelte fatte rispetto al percorso di affermazione di genere, con specifica attenzione alla criopreservazione dei gameti, il desiderio di avere dei figli e l'atteggiamento verso la genitorialità biologica, sia rispetto all'immaginarsi gestanti e genitori in prima persona che per le persone trans in generale. Successivamente si chiede ai partecipanti di pronunciarsi sull'importanza personalmente attribuita al legame biologico, e sull'atteggiamento degli operatori sanitari che hanno incontrato rispetto alla criopreservazione dei gameti.

Successivamente sono stati proposti dei questionari standardizzati:

- Minority Stress Scale - MSS (Norcini Pala, Dell'Amore, Steca, Clinton, Sandfort & Rael, 2017), per rilevare gli aspetti di stigma strutturale, stigma subito, aspettative di discriminazione.
- Transgender Identity Survey (Scandurra, Amodeo, Bochicchio, Valerio & Frost, 2017), per valutare il vissuto personale rispetto all'identità transgender.
- Lesbian, Gay and Bisexual Identity Scale - LGBIS (de Oliveira, Lopes, Costa & Nogueira, 2012), per indagare l'esperienza attuale della persona come appartenente alla comunità transgender.

Nelle interviste sono stati approfonditi la presenza del desiderio di genitorialità con le connesse motivazioni, le eventuali strade di realizzazione e ostacoli paventati, nonché gli eventuali percorsi di informazione e scelta di preservazione della fertilità. Ai partecipanti è stato chiesto inoltre di raccontare come si immaginassero tra dieci anni e cosa volesse dire per loro essere una figura genitoriale. Le domande sono state strutturate a partire dalla seguente traccia:

- Ha mai desiderato/progettato di diventare genitore? In che modo? Prima o durante il percorso di transizione di genere? Ne ha mai parlato all'interno di una relazione di coppia?

- È stata informata rispetto ai rischi di infertilità e alle possibilità di criopreservazione? Come si sono posti gli operatori sanitari che l'hanno seguita rispetto a questo?
- Ha mai ipotizzato di avere figli biologici? E di portare avanti una gravidanza? Come immagina si sentirebbe nel caso?
- Che cosa significa essere genitore secondo lei? Quali sfide e possibilità prospetta per sé ed eventualmente per altre persone trans?
- Come si immagina tra dieci anni?

3.1.3 Partecipanti

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio presentato in questo elaborato prevedevano di avere almeno 18 anni, essere una persona assegnata donna alla nascita (AFAB), identificarsi come transgender o *non binary*, non avere figli. Non era necessario aver intrapreso un trattamento ormonale o altre azioni di affermazione di genere.

Sono stati intervistati in tutto 8 partecipanti tra i 20 e i 43 anni (media=27,5; deviazione standard=9.81), di cui si possono identificare anagraficamente due gruppi: 6 in età giovanile e 2 in età adulta. La provenienza spazia tra Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto e Campania. Tranne una persona che si definisce non-binaria, tutti gli altri si identificano come uomini transgender e hanno intrapreso il percorso di transizione con supporto psicologico e assunzione di ormoni mascolinizanti. Due di loro hanno già effettuato degli interventi chirurgici affermativi, tre hanno completato il cambio anagrafico, mentre nessuno ha compiuto interventi di criopreservazione dei gameti. Solamente quattro di loro sono attualmente in un rapporto di coppia. Rispetto all'occupazione attuale, predomina la condizione di studente, caratteristica dei quattro ragazzi più giovani. Ci sono poi tre lavoratori, e una persona in cerca di impiego. Le risposte agli item rilevanti per la presente trattazione sono riportati nell'Allegato.

3.2 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, p.6). L'obiettivo per cui si presta è identificare e analizzare i temi significativi all'interno di una narrazione verbale soggettiva, non solo per strutturarne il riassunto del contenuto ma soprattutto per far emergere i significati intrinseci a tale storia. Tra i vari metodi qualitativi proposti in diverse cornici teoriche, quello sistematizzato da Braun e Clarke (2006) si distingue per il suo essere dichiaratamente non vincolato teoricamente e, quindi,

applicabile in contesti differenti. Di particolare importanza è la coerenza con cui viene applicato il metodo, che si compone di 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 elementi da applicare rigidamente in modo unidirezionale, e si compongono di sei passaggi:

- 1 - Familiarizzare 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

3.2.1 Le fasi del metodo qualitativo secondo Braun e Clarke

Primo passo: familiarizzare con i dati

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 tuttavia oltrepassare il solco tracciato dai partecipanti allo studio. Il ricercatore è tenuto a trascrivere l'intervista e rileggerne il testo più volte, soprattutto nel caso in cui il trascritto sia stato prodotto da altri. Nel caso in cui sia stato egli stesso a condurre anche il colloquio, invece, ciò facilita nella comprensione ed è predittivo di migliori risultati. La lettura ripetuta, sebbene richieda un tempo considerevole, è tuttavia la base fondamentale per un lavoro approfondito e accurato.

Secondo passo: generare i codici iniziali

Dopo aver inizialmente stilato un elenco preliminare di idee relativamente ai contenuti dell'intervista e a quali tipologie di informazioni sono rilevanti per i fini del proprio studio, il ricercatore procede elaborando i codici veri e propri. Essi sono nel formato di frasi o brevi paragrafi distinti da un codice alfanumerico che permetterà poi di distinguerli e ricollegarli, nelle parti successive dell'elaborazione, alla parte di trascritto da cui sono stati estrapolati. Ciascuno contiene dei dati esplicitamente riferiti al soggetto o latente, inferito dall'analizzante. Pertanto, ogni processo di codifica sarà differente a seconda della modalità peculiare con cui viene condotta. Può darsi infatti che il ricercatore scelga esplicitamente di avvalersi di un modello particolare o di alcune domande molto specifiche come guida, oppure il processo può essere guidato dai dati (*data-driven*), costruendosi sui temi emersi dalle

parole e dalle idee raccolte. È in ogni caso di precipua importanza mantenere la ricchezza del contenuto espresso dall'intervistato.

Sia che questo passaggio venga svolto su supporto cartaceo che digitale, si possono usare colori differenti per indicare pattern ricorrenti, oppure riprendere direttamente delle frasi come citazioni esemplificative. Si raccomanda di attenzionare e codificare tutti i contenuti, senza scremare in anticipo, per evitare di perdere elementi a prima vista non significativi ma 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.

Terzo passo: ricercare i temi

Una volta ottenuta la lista dei codici, il ricercatore procede ad 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 sia che qualche codice ricada sotto più sotto-temi sia che non sia incluso in nessuno di specifico. Si consiglia di sviluppare una modalità di rielaborazione grafica per spostare fisicamente i codici nei relativi sottotemi e avere così una resa migliore delle relazioni tra i vari estratti e le tematiche.

Quarto passo: rivedere i temi

In questa fase i temi prendono forma, si modellano, 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. Nonostante il processo si possa reiterare 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.

Quinto passo: definire e nominare i temi

A partire dalla “mappa tematica” prodotta, il ricercatore procede cercando una denominazione per ogni singolo tema, tentando di coglierne il senso globale, l’aspetto specifico della storia che racchiude. Questo è anche il momento in cui avviene il 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 qui vengono definiti si possono includere anche ulteriori sottotemi aggiunti in corso d’opera.

Sesto passaggio: produrre il resoconto

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 sotto-temi 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, la quale è importante che fornisca un resoconto coerente, logico, conciso, non ripetitivo e informativo, interessante della 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; p. 23).

3.2.2 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 4 – Risultati

La procedura dell'analisi tematica applicata alle interviste raccolte ha fatto emergere un considerevole numero di tematiche ricorrenti, riconducibili alle seguenti aree:

- Genitorialità secondo il ciclo di vita, nella progettazione di coppia, e nella differenza tra desiderio immaginato e realizzabilità effettiva;
- Crioconservazione: grado di informazione, scelta e prospettiva personale
- Gravidanza, corpo e immagine di sé
- Ruolo del legame biologico e adozione
- Identità di genere e percorso di affermazione, con importanza della psicoterapia
- Considerazioni etiche sul generare dei figli in generale e in quanto persone transgender, cosa vuol dire essere “un buon genitore”

4.1 Prospettive di genitorialità

4.1.1 Genitorialità come tappa del ciclo di vita

La possibilità di essere genitori è una questione con cui tutti i partecipanti si sono confrontati o si stanno confrontando, ciascuno in modo peculiare rispetto alla propria storia di vita. Se nei partecipanti adulti c'è una scelta chiara e sufficientemente consolidata di non desiderare figli propri, trovandosi casomai a relazionarsi con i figli delle compagne che hanno in questo periodo, i ragazzi giovani si trovano nella condizione di avere desideri e fantasie maturate nel corso della crescita, con le quali qualcuno ha iniziato a confrontarsi in termini progettuali all'interno della relazione di coppia. Per lo più, tuttavia, la facoltà di vedersi genitori è appena incipiente e resta su un piano immaginativo, ed è interessante notare come pertanto, a volte, le osservazioni prendano forma almeno in parte nel momento stesso dell'intervista.

Alessandro (21 anni) ben esprime come per lui l'essere genitore sia attualmente “in-pensabile”, poiché è una prospettiva che sta iniziando ad avvicinare solo di recente, che sente in divenire e su cui non si era mai trovato a riflettere prima di essere nell'attuale relazione di coppia, ma allo stesso tempo irta di ostacoli. Sente, infatti, l'influenza della novità dell'esperienza di essere in una relazione di coppia, che lo sprona a pensarsi genitore, cosa che in precedenza non contemplava, sentendosi ancora troppo giovane. Pur sapendo che ci sono diversi modi di filiazione, infatti, non dà per scontata la possibilità di avere un figlio in generale e comunque non lo vorrebbe a breve termine, delineando il suo orizzonte futuro in modo molto aperto e non ancora definito. Specifica che:

«appunto non è che io ci abbia pensato più di tanto in realtà... so che ci sono diversi modi... ma anche non do per scontato la possibilità di diventare genitore. È una cosa che mi piacerebbe, poi se succede in un modo o nell'altro, un bambino, non ne hai nessuno... cioè, quello che succederà, lascio scorrere... anche perché adesso ...io sono giovane, adesso penso più ad altre cose».

Il partecipante ci racconta che con la compagna il tema è stato affrontato ma non in modo approfondito. Nonostante ciò, hanno scelto come opzione preferibile l'inseminazione artificiale di lei da parte di un donatore estero.

Analogamente, Bianca (26 anni) manifesta un interesse per la possibilità di avere un bambino in futuro, immaginando una situazione di affido in cui trovarsi per condividere parte della quotidianità o dei momenti di svago, avendo «qualcuno a fianco» più che stando in una relazione asimmetrica. Attualmente più che ad avere un bambino si dichiara interessata a vedere come potrebbe eventualmente proseguire la relazione con il partner attuale, a prescindere dal diventare o meno genitori e con quale mezzo. Quindi “genitore sì ma anche no”, sollevando anche che l'insistenza con cui si parla di voler essere genitori non contempla il fatto che tanti non sono interessati o non lo vogliono essere, che qualcuno potrebbe non desiderarlo, che potrebbe accadere oppure no.

Dario (43 anni), invece, ha accantonato il pensiero di diventare genitore in prima persona, pur avendone avuto per un breve periodo il desiderio in passato, in un'età in cui pensa che «sia naturale per tutti che arrivi». Vedendo amici, fratelli e conoscenti che andavano avanti con «quello che comunque è la vita normale» è arrivato, forse un po' più tardi rispetto alla media dei suoi coetanei, a fare qualche pensiero in questa direzione. Anche per Alessandro (21 anni) l'idea di diventare genitore, assente anni fa, si fa strada con l'età e l'esempio dei conoscenti poco più grandi che cominciano ad avere dei figli; sentendo le loro storie di gravidanze e parti inizia ad avvicinarsi a questa fase del ciclo di vita. Diversamente Dario, già ben prima di scegliere di intraprendere il percorso di transizione, aveva accantonato la possibilità di essere genitore:

«ho vissuto tanto il momento diciamo degli altri del diventare genitore, ma non ho, non sono mai riuscito a immaginarmi io diciamo realmente. Non mi vedo, non mi vedo. Quella che immaginavo io era una famiglia normale, papà, mamma e bambini. Quello sì ce l'avevo come pensiero; poi lo vedevo infattibile... l'ho sempre visto infattibile, e pian piano è andato scemando».

Sebbene pensi ancora al fatto di non avere figli soprattutto in alcuni momenti, come a Natale, quando la scena dei bambini che scartano i regali gli genera un po' di malinconia, ripete con convinzione di aver proprio scartato questo modello di vita familiare e di ritenere impensabile, infattibile ora avere

un figlio, una famiglia secondo il suo modello, e si accontenta di vivere nell'autonomia di vita che ha raggiunto, relazionandosi con le nipoti e la figlia della compagna, senza provare invidia per le famiglie di altri.

Mentre Christian (20 anni), Enrico (22 anni) e Gianluca (20 anni) manifestano con intensità il desiderio di essere genitori, che coltivano fin dall'adolescenza e che resta ad oggi per loro una finestra molto aperta, in divenire nel corso della loro crescita personale futura, Lorenzo (25 anni) è poco interessato a diventare genitore. Pur avendo pensato alla possibilità di diventare genitore, non lo vede qualcosa di cui sente il bisogno né come proprio obiettivo, sicuramente non a breve termine.

Fernando (43 anni) sottolinea di averci pensato in generale un po' da sempre, e che secondo lui in Italia in particolare con il «culto della famiglia che sente sia impossibile non farlo, facendo ampio riferimento al proprio retroterra culturale campano».

4.1.2 Genitorialità tra desiderio e progetto

Tutti i partecipanti si sono confrontati almeno in termini immaginativi con la possibilità di essere genitori in qualche modo, non per via biologica, ma anche in senso lato e nella molteplicità delle forme di tale ruolo. Non è presente invece alcun piano di progettualità definita, sia a livello personale che di coppia. Le uniche scelte compiute in tal senso sono quelle di chi, più adulto, ha definito di non voler avere figli e guarda al desiderio di genitorialità come un aspetto esaurito e appartenente al proprio passato.

Bianca (26 anni) descrive la genitorialità come un'eventuale ipotesi futura, a partire dal fatto che diventare genitore per lei più è stato un elemento di riflessione non particolarmente approfondita. Per quanto possa essere qualcosa che a volte vorrebbe, visto che le piace essere indipendente, riferisce che preferirebbe dei figli «che già parlano». Si immaginava attorno ai 30/35 anni di vivere con un lavoretto e qualcuno affidato con cui condividere la quotidianità in modo semplice. Vedrebbe bene la possibilità eventuale dell'affido ma per il momento è per lei un'ipotesi e non un progetto specifico; manifesta un interesse generico, un atteggiamento favorevole ma non un desiderio spiccato. Parlando della genitorialità, si colloca in un futuro che non sente prossimo, dai contorni molto sfumati. Pone infatti uno stacco temporale tra la sua situazione attuale e questa eventualità, e nel corso dell'intervista mostra una posizione abbozzata ma non definita.

Anche per Alessandro l'aver dei figli è uno scenario distante e incerto. Egli riferisce di avere una propensione in quella direzione ma senza una progettualità di qualche tipo.

D'altro canto, Christian (20 anni) esprime un forte desiderio di diventare genitore - «in assoluto sì, assolutamente» - che ricorda aver avuto già prima di maturare una consapevolezza sulla sua identità di genere. Per lui il ciclo mestruale era una forte sofferenza, che all'inizio rigettava pensando che fosse perché il menarca era arrivato precocemente e l'aveva trovato impreparato, il che ha generato

una sensazione di spaesamento e ribrezzo a cui poi ha dato un significato diverso. Come per gli altri ragazzi giovani, è una “im-possibilità”, potenzialmente in divenire e allo stesso tempo attualmente irreali:

«in realtà io non l’ho ancora esclusa questa possibilità, perché non so come andrà la mia vita non so se mi ritroverò mai nelle circostanze di diventare genitore o vorrò a farlo. Però come desiderio assoluto sì esiste, e spero che appunto anche le cose del mondo evolvano in positivo su questo perché non fossi io vorrei che chiunque sentisse questo desiderio avesse l’opportunità di farlo».

Lo slancio entusiasta ideale si scontra infatti con il piano pratico del fatto che personalmente ha scartato la possibilità di portare avanti una gravidanza, e attualmente l’adozione per le coppie con una persona transgender in Italia pure essendo legalmente ammesse sono un’opzione estremamente remota. Tuttavia, spera che le condizioni giuridiche e sociali si evolvano in modo tale che lui o chi in futuro sentisse il desiderio abbia l’opportunità di farlo. Nel suo discorso alterna un atteggiamento fiducioso alla consapevolezza che realisticamente potrebbe essere che lui non si troverà in una situazione relazionale, lavorativa o altro per avere poi effettivamente dei figli, e tuttavia è sereno di questo. Pensando al proprio futuro, ad un’ipotetica famiglia futura, la vede molto lontano e ideale anche in virtù del fatto che non ha mai avuto relazioni a lungo termine che l’abbiano portato ad un confronto con la partner che prospettasse una dimensione di famiglia. Sebbene conosca coetanei che già fanno dei pensieri in questa direzione, personalmente non si sente nell’età adatta.

Enrico (22 anni) racconta che la genitorialità «a livello di desiderio sicuramente è una cosa che sento vicina e appunto [...] è una cosa che sento già da un po’», però nelle condizioni reali in cui si trova vede distante. La sua priorità attuale è infatti lavorare su di sé, e successivamente spera di crescere professionalmente e stabilirsi a livello abitativo e relazionale, prima di avere un figlio o una figlia.

Pur oscillando tra il riconoscere di aver avuto il desiderio di diventare genitore nell’età in cui la maggior parte dei suoi coetanei provava lo stesso o di esserci arrivato solo più tardi, Dario (43 anni) sottolinea di non aver mai saputo né pensato a come realizzarlo. Forse perché aveva un chiaro ideale di famiglia che si discostava da quelle che erano le proprie possibilità e come si raffigurava se stesso, forse perché l’attrattiva dell’essere genitore non è stata così forte da spingerlo a costruire una famiglia sua, non ha mai fatto passi progettuali in tale direzione. Tutto sommato, il pensiero di avere dei figli sembra essere stato passeggero:

«nel senso, l’ideale della famiglia sì, lo avevo, un desiderio... non avrei neanche saputo come farla, diciamo, se così si può dire. Non ho mai pensato a come avrei potuto realizzare questa cosa, ecco concretamente. Cioè non è che, è proprio un pensiero che è passato, così...».

4.1.3 Genitorialità con-divisa?

Tra le voci dei partecipanti si intrecciano prospettive per lo più individuali -anche per il fatto che si tratta di interviste con singoli e non con coppie- che si chiedono però quale ruolo potrebbe avere il partner attuale o eventuale. Una delle questioni sollevate sull'essere genitore, infatti, è il fatto di esserlo sempre in relazione a qualcuno e mai da soli, sebbene anche l'ipotesi di genitore single sia stata accennata da uno dei partecipanti.

Bianca riferisce infatti che, immaginandosi in un ruolo genitoriale, già tempo fa si figurava magari anche vivendo da sola, non pensando che avrebbe avuto una relazione di coppia in così breve tempo. Il suo aver già considerato l'ipotesi di diventare genitore indipendentemente dal partner attuale e dall'essere in una relazione di coppia in generale si riflette anche nel fatto che con il suo ragazzo ha parlato brevemente dell'avere figli: «era un po' di tempo fa; non tanto, però insomma è venuto il discorso». Anche individualmente, riferisce che:

«ci ho pensato spesso alla cosa di essere genitore ma è una delle cose a cui allo stesso tempo ho pensato meno perché cioè, non è una cosa desiderata. Se capita che giorno sento una pressione forte per essere genitore allora cercherò di perseguire quella strada lì, se no sto bene anche senza».

Per Bianca quindi il figlio è una presenza eventuale, che potrebbe farle piacere ma non ritiene necessaria per la propria realizzazione. Nello specifico della dimensione genitoriale, inoltre, per lei è difficile definire il ruolo del suo attuale compagno perché lo immagina favorevole ma poco coinvolto, non lascia intendere se sia altrettanto interessato all'adozione/affido, poiché lei riporta solo la propria prospettiva singola, forse anche in virtù del fatto che manca una progettualità condivisa o quantomeno un equilibrio esplicito di coppia su questo tema. Complessivamente, traspare come la sua visione attuale del futuro sia principalmente focalizzata sul rafforzare la dimensione di coppia presente e organizzarsi dal punto di vista lavorativo prima di formare una potenziale famiglia:

«è difficile perché siamo abbastanza simili, nel senso che siamo molto autonomi, dobbiamo avere i nostri spazi, far le nostre cose. Quindi mi aspetterei diciamo, anche per come siamo adesso -ecco è anche una cosa che è nata da poco- mi aspetterei magari che partecipiamo entrambi all'incontro con un ragazzo che ci danno in affitto, però che non conviva ancora con noi, cioè tipo le famiglie affidatarie quelle che si vedono magari nel weekend per qualche gita, così».

Dal momento che parte da un piano di scarso interesse personale, i dubbi di Lorenzo (25 anni) sono piuttosto rivolti a come potrebbe reagire nel caso in cui la sua futura partner volesse avere un figlio.

Si chiede: «ma io poi eh sarei d'accordo, io lo vorrei? io sarei in grado?», faticando a calarsi in tale ruolo, dubitando di essere adatto perché non si vede molto come genitore.

La presenza della ragazza con la quale è in relazione attualmente, per Alessandro è importante non solo in ottica di una possibile scelta di avere un figlio, ma soprattutto è stata fondamentale nel far nascere in lui il pensiero sull'ipotesi di diventare genitore, che non lo aveva mai toccato prima:

«in realtà non ci ho mai pensato, nel senso che io ho sempre frequentato solo la ragazza con cui sto adesso, non ho avuto altre relazioni [...] quindi le mie idee nascono dal momento in cui sto con questa ragazza, c'ho pensato solo con lei, è un'idea che è venuta dopo».

Oltre a riferire puntualmente di averne discusso ed elaborato un'ipotesi condivisa sulla modalità con cui possibilmente diventare genitori, Alessandro è l'unico dei partecipanti che riferisce anche la posizione della compagna, in un'ottica di co-progettazione. Sulla scia del ragionamento in corso durante l'intervista elabora subito dopo «in realtà se si potesse fare la scelta di avere dei figli anche come genitore singolo probabilmente se non avessi conosciuto anche la partner con cui sto adesso a un'idea del genere ci avrei pensato».

Diversamente, Dario nelle varie relazioni che ha avuto non si è mai trovato a trattare la questione della genitorialità, a chiedersi se potessero insieme “fare famiglia”. Specifica, infatti, che il pensiero di diventare genitore non è una riflessione nata nel rapporto di coppia, ma portato avanti solo personalmente vedendo gli altri che andavano avanti in questo senso, «quello che comunque è la vita normale». Nella sua prospettiva «è stato abbastanza chiaro che io non avrei intrapreso una gravidanza, è stato abbastanza chiaro da subito. La mia figura era avere una persona a fianco, che portasse avanti una gravidanza che fosse nostra». Nonostante non sia riuscito a finalizzare di avere dei figli e il fragile pensiero di genitorialità che aveva si sia dissolto, continua ad avere il desiderio di essere in una relazione di coppia stabile resta e lo esplicita anche nel momento in cui tratteggia se stesso tra dieci anni: «vorrò trovare la persona giusta al mio fianco. Quello sì, ho voglia di una persona a fianco. Stabile, non come quella che ho adesso. [...] avere una persona che mi viglia bene, niente di più».

Non avendo avuto relazioni così a lungo termine da arrivare a sfiorare la tematica del diventare genitori, Christian riferisce di non aver mai fatto pensieri in termini di coppia, mentre Enrico accenna ad un discorso fatto tempo fa con una ex, senza specificare oltre al fatto che idealmente si erano trovati d'accordo sull'opzione adozione.

4.2 Crioconservazione degli ovuli

4.2.1 Importanza generale di sapere della crioconservazione

Da tutti i partecipanti è stato esplicitamente attenzionato il fatto che durante il percorso di affermazione di genere le informazioni rispetto alle possibilità di crioconservazione dei gameti e delle operazioni di preservazione della fertilità sono non completamente esaustive, scarse, di difficile accesso, tardive o a volte anche assenti. Nonostante tutti gli intervistati fossero pienamente convinti di non voler intraprendere tali operazioni, lamentano che la carenza di attenzione specifica su questo aspetto può potenzialmente limitare altre persone che idealmente potrebbero voler usufruirne, come dice chiaramente ad esempio Enrico: «ci ho pensato a questa cosa, se non è stato detto a me magari non è stato detto ad altre persone che magari volevano farlo». Se egli è arrivato ad iniziare la somministrazione ormonale già ben convinto della sua scelta di non criorpreservare gli ovuli dopo aver fatto dei ragionamenti personali, non è detto che questa sia la situazione di tutti, anzi tendenzialmente risulta non essere così. Egli stesso è oggi consapevole dell'esistenza della crioconservazione, ma non gli è stata presentata dall'endocrinologo preventivamente all'assunzione ormonale, insieme alle ricadute in termini di infertilità, bensì solo un anno dopo circa, in seguito al cambio di specialista medico. Questo fatto lo induce a muovere delle critiche verso i professionisti che dovrebbero occuparsi di informare in modo completo ed esaustivo le persone all'inizio del trattamento medico di affermazione di genere. Pertanto, ritiene che la transizione con consenso informato, come viene fatta ad esempio in Inghilterra, in Italia sarebbe molto problematica.

Pur partendo da un'età anagrafica diversa anche Dario, che comunque ha richiesto l'intervento endocrinologico circa nel medesimo periodo, analogamente lamenta che non gli è stata proposta la crioconservazione, che nessuno gliene ha parlato con competenza. Anche lui si è informato da solo a partire dall'aver sentito parlare chi l'ha fatta, tuttavia non esprime alcun rimorso, poiché il non essere stato informato sulla PF non ha avuto alcun effetto sulle proprie scelte in merito. Tuttavia, visto che anche per la possibilità di operarsi non era stato informato bene, non si meraviglia che nessuno gli abbia parlato di questi aspetti specifici relativamente alla fertilità, cosa a cui lui non si è mai interessato né di cui ha mai chiesto. La preoccupazione che manifesta è per il pericolo che le persone più giovani, che potrebbero essere interessate e che, non ricevendo informazioni ufficiali e valide, rischiano di affidarsi al sentito dire o prendere per attendibili informazioni che non lo sono, dando credito ad informazioni sbagliate. Notando che le persone giovani in transizione non affrontano una tematica che potrebbe però diventare rilevante tra qualche anno, denuncia la mancanza di figure di riferimento competenti a cui essi potrebbero rivolgersi, perché a suo parere potersi informare dovrebbe essere un elemento garantito. Egli si dichiara deluso dal fatto che si sta trovando ad imparare

molto lungo il percorso ma non dai professionisti che lo seguono, e nemmeno dall'associazione di cui fa parte, specificando che «con tutte le informazioni che ho richiesto io non ho mai avuto un'indicazione precisa né niente. [...] mi sono arrangiato abbastanza in tutto».

Anche Alessandro racconta che le informazioni sulle operazioni che ha raccolto derivano da internet, dai social media o da altri ragazzi transgender informati sempre tramite internet, perché con lui e per le esperienze di altri conoscenti gli operatori sanitari non hanno molto affrontato l'argomento o lo hanno fatto solo molto dopo l'inizio del percorso. Personalmente riporta di aver ricevuto un avviso preventivo del rischio di infertilità come effetto del trattamento ormonale, ma lamenta la scarsità di informazioni ricevute sulla PF e il fatto che la questione è stata presa alla svelta, proposta come scelta di cui essere convinti, possibile solo prima dell'inizio della terapia endocrinologica e chiusa con l'inizio di essa. A suo parere, il fatto che gli operatori non affrontano l'argomento della crioconservazione con i ragazzi molto giovani finché non hanno qualche anno in più e magari si vogliono operare o iniziano a considerare di diventare genitori, o avere dei figli loro, spinge a ricercare informazioni con altri mezzi e per altre vie, principalmente su internet.

La sfida di come sia più giusto porsi rispetto alla crioconservazione per persone molto giovani è sollevata anche direttamente da Enrico:

«quanto devo insistere perché “adesso sei giovane magari non ci pensi poi ci penserai”? e però qual è il limite per insomma farti fare la tua scelta, però che sia consapevole. E... sì, cioè ciò pensato a questa cosa non è semplice come questione».

E ripresa da Lorenzo, che per esperienza ritiene utile che l'opzione di crioconservazione dei gameti venga presentata «in colloqui preliminari prima dell'inizio di qualunque tipo di percorso», per evitare che vengano trattate solo in modo sbrigativo da un endocrinologo e per dare tempo alla persona che non ci ha mai pensato di rifletterci, di elaborare una scelta in maniera tranquilla.

Tutti i partecipanti, ad eccezione di Gianluca e Bianca che per la loro situazione riportano di essersi trovati nella condizione di dover valutare la preservazione dei gameti, si sono informati personalmente già prima di rivolgersi ad un endocrinologo. Ad esempio, Enrico, avendo letto molto, soprattutto su internet da siti di *gender clinic* americane, pensa di essere stato sufficientemente informato per scegliere da sé prima di cominciare la somministrazione ormonale e chiarirsi che non avrebbe voluto farle interventi in direzione della fertilità. Immaginando però che l'arrivare dal medico già ben convinto della propria scelta di non criorpreservare gli ovuli dopo aver fatto i ragionamenti del caso non sia la situazione di tutti, sottolinea che:

«mi sto scontrando di recente con il fatto che io faccio sempre molta ricerca sulle cose però altre persone non lo fanno, cioè non è tra virgolette la norma che si faccia ricerca su qualcosa da prima di prendere una decisione, prima di affrontare un argomento».

Considerazioni simili sono fatte anche da Christian, che dice:

«io sapevo che questa cosa esistesse, sapevo che forse anche cioè nel senso non di facilissimo accesso, un pochino dispendiosa a livello economico però devo dire io non mi sono particolarmente informato e nessuno mi ha dato delle particolari informazioni. [...] l'unica cosa che mi è stata esplicitamente detta dall'endocrinologa prima che io potessi iniziare, e che c'è anche scritta nel consenso informato che si firma all'inizio, è che c'è la possibilità [...] di diventare sterili e che nel momento in cui si assume testosterone, comunque, non si è fertili. Che non è una cosa certa al 100%, che è una cosa possibilmente reversibile, però che tu iniziando la terapia ti diciamo assumi questo rischio».

Al di là di questo, gli sembra che sia effettivamente difficile reperire delle informazioni utili, per cui può darsi che a meno di un effettivo interesse e ricerca personale qualcuno non lo venga a scoprire mai in realtà. Per esempio, riporta che le persone seguite dallo stesso psicologo dell'associazione di cui egli fa parte per mesi hanno indagato sulla crioconservazione, «perché evidentemente non sono informazioni facilmente reperibili, e a cui gli specialisti competenti non fanno praticamente mai riferimento».

Alessandro, pur avendo risposto di non essere interessato alla psichiatra e psicologa che gli hanno parlato dell'eventualità di infertilità e delle possibilità di crioconservazione, lamenta che il discorso si sia concluso con una prima domanda e nessuno abbia più chiesto nulla in proposito né affrontato l'argomento delle possibilità di diventare genitori e i metodi per preservare i gameti in seguito alla sua risposta negativa. Ripensando a posteriori alla scelta compiuta di non crioconservare, manifesta il bisogno di maggiori informazioni: sapere esattamente in cosa consiste, cosa si deve fare e quanto dura prima dell'inizio del trattamento ormonale, per poterla almeno considerare e valutare propriamente. Sottolinea, in aggiunta, l'importanza di riflettere molto seriamente prima di scegliere se interrompere il testosterone per fare le operazioni di PF, sapendo che sono possibili anche successivamente all'inizio della somministrazione ormonale, sebbene non sia qualcosa che ha intenzione di prendere in considerazione per sé.

4.2.2 Impossibilità personale di fare la crioconservazione

Nessuno dei partecipanti ha scelto di intraprendere né di valutare le possibili operazioni di PF, con differenti motivazioni personali. Globalmente, l'aspetto predominante sembra essere il rifiuto verso

un'operazione che li porterebbe a vivere un aumento della disforia, come ad esempio per Lorenzo, che sente intensamente il legame tra disforia e genitorialità, per cui afferma che non osa immaginare quanto sarebbe «triggerante» per lui.

L'aspetto che più turba Christian è che per predisporre il proprio corpo alla procedura di crioconservazione dovrebbe sia interrompere il testosterone che assumere da capo degli estrogeni, che comunque avrebbero delle ripercussioni anche fisiche, e tutta questa dimensione lo spaventerebbe molto. Ritiene poi un ostacolo non indifferente il fatto che sarebbe stato meglio compiere queste procedure prima di iniziare l'assunzione di ormoni. Al di là di queste considerazioni, non ha mai davvero pensato alla possibilità di crioconservare i propri gameti perché «ci sono troppi fattori contro per cui non ho mai effettivamente seriamente considerato l'idea come un'opzione buona per me», l'ha sempre sentita personalmente distante.

Ad Enrico sarebbe piaciuto poter diventare genitore biologicamente se fosse stato un uomo cisgender, se avesse potuto avere figli come uomo, ma non con la crioconservazione degli ovuli, che è una cosa che non l'ha mai attirato. Ribadisce che non gli interessa e non gli è mai interessato crioconservare gli ovuli, è una prospettiva che non ha mai sentito sua, e di cui è appunto stato convinto sin dall'inizio del percorso di transizione, anche perché preferirebbe non trasmettere la sua genetica.

Il problema della crioconservazione in giovane età ritorna con Alessandro, al quale non è stata proposta all'inizio della transizione perché considerato troppo giovane. Nel suo caso specifico, l'opzione di fare le operazioni di PF prima dell'inizio del trattamento ormonale, in quanto minorenni al tempo, avrebbe richiesto il consenso dei genitori, il che avrebbe implicato un coming out vissuto come una forzatura, troppo precoce perché lui aveva appena iniziato ad insaputa dei genitori e non sapeva se sarebbero stati favorevoli. Racconta che:

«Me ne hanno parlato in parole molto povere, mi aspettavo magari di avere più informazioni, però mi avevano detto “se ricorri a quel metodo probabilmente dovresti posticipare la transizione...” cioè, mi avevano spiegato diverse cose che non riuscivo a capire, e io volevo iniziare la terapia ormonale quindi non me la sentivo di farlo».

Successivamente, la questione dell'aver figli non è stata toccata più di tanto dalle operatrici, forse perché a loro sembra molto giovane, forse perché comunque avevano ricevuto il chiaro disinteresse che Alessandro aveva manifestato all'inizio.

4.3 Corporeità, gravidanza e adozione

4.3.1 Corpo mio-corpo tuo: gravidanza di chi?

La gestazione è un tema particolarmente delicato da affrontare perché i discorsi e l'immaginazione di questa eventualità, stando su uno scenario carico di implicazioni psicofisiologiche, sono percepiti come sgradevoli da alcuni, minacciosi e potenzialmente generativi di emozioni disforiche da altri. Sfiolata, se non rifuggita, la possibilità di portare avanti una gravidanza appare totalmente esclusa da ciascuno degli intervistati, che la rappresentano chi estremamente distante, chi incoerente, chi intollerabile per sé.

Sebbene il concetto di mettere fisicamente al mondo un figlio sia qualcosa di affascinante dal suo punto di vista, Christian racconta che avendo sempre avuto un rapporto molto disforico con le mestruazioni non vede la gestazione come una strada possibile per sé. Guardando anche solo quanto l'eventualità di un ritorno delle mestruazioni per un breve periodo di sospensione ormonale ai fini di un intervento chirurgico lo turba, infatti, non osa spingersi ad immaginare quanto potrebbe essere dolorosa per lui l'ipotesi di gravidanza. Proprio perché in termini molto ideali si prospetta che vivrebbe un'enorme situazione di disforia e agitazione generale che vuole decisamente evitare, pensa ad altre soluzioni per la genitorialità in moda da poterla vivere nella più totale serenità, cosa che ritiene importante per non rovinare tale esperienza. È a questo proposito che accenna alla gestazione per altri, non sapendo dire se sia «una cosa totalmente corretta», e se la genitorialità sia «un atto di puro egoismo», come altri sostengono. Nel complesso, non crede di avere sufficienti informazioni e competenze per schierarsi né di essere nel momento giusto della vita per interrogarsi ampiamente su questo. È consapevole però che sia la gestazione per altri che la fecondazione assistita non sono di semplice accesso ma soprattutto hanno un risvolto etico complesso, le cui implicazioni bioetiche e sociali sono molto rilevanti. Pertanto, pur essendosi informato, riferisce di non saper entrare nello specifico.

Anche Alessandro osteggia decisamente la possibilità di restare incinta perché crede che sarebbe proprio il suo corpo che non riuscirebbe a sopportare a livello psicologico una situazione di gravidanza e parto, ha un blocco, non ci si vede proprio:

«io personalmente non credo riuscirei ad affrontare quella situazione, ma semplicemente perché non riuscirei a sopportare il cambiamento del mio corpo, che già quando era più femminile non mi piaceva. All'idea di avere anche un bambino non credo di riuscire ad affrontarlo io, proverei secondo me una disforia un po' più forte sul mio corpo, preferirei di no».

Nonostante rifiuti etichettando come stereotipo il fatto che sia la donna a dover portare avanti la gravidanza, dichiarando che non è contrario all'idea che un ragazzo transgender se la senta di

affrontare una gravidanza, personalmente egli vede impossibile farlo per la fortissima disforia e il dolore provocati da qualsiasi riferimento alla femminilità nel proprio corpo. In aggiunta, esprime un forte desiderio di operarsi per bloccare totalmente le mestruazioni, che ancora persistono nonostante l'assunzione di testosterone, per il fastidio che causano e per una questione di maggiore sicurezza, per la paura di sviluppare tumori in futuro. È intenzionato a supportare la sua partner, che ha espresso il desiderio di provare l'esperienza della gravidanza e del parto, nel caso in cui dovessero arrivare a compiere quel passo, ricorrendo ad un donatore di sperma esterno senza che egli intervenga con un contributo biologico in prima persona.

Considerazioni simili sono proposte da Enrico e Gianluca, con la differenza che essi considerano questa prospettiva più alla lontana e in veste ipotetica, non trovandosi in una relazione di coppia. Enrico immagina che qualora una sua eventuale partner volesse un figlio proprio, con un'inseminazione artificiale da un altro partner o altro, non lo riterrebbe un problema, la rispetterebbe, si adeguerebbe, si limiterebbe a seguirebbe la cosa da esterno senza parteciparvi, lasciando che fosse lei a gestire il tutto. Gianluca riferisce che si impegnerebbe per sostenere la compagna, prendersi cura di lei, starle vicino, ma si sentirebbe comunque «un esterno che guarda».

A questo proposito, Dario racconta di aver sempre avuto molto chiaro che non avrebbe intrapreso una gravidanza, che la sua figura ideale era avere una persona a fianco che portasse a termine una gestazione che fosse «nostra». Analogamente, era sicuro che anche se rispetto alla genitorialità magari aveva potuto avere un desiderio, questo non era mai stato legato alla facoltà di partorire. Come in passato, ritiene tutt'ora impossibile vedersi come persona gestante; è qualcosa che non ha mai nemmeno sognato per sbaglio, anche perché non ha mai accettato il proprio corpo. Specifica che questa scelta di accantonare la possibilità di gestare è stata fatta prima e indipendentemente dal percorso di transizione intrapreso e che, sebbene con il passare del tempo fosse nato anche il desiderio di un figlio, gli sarebbe piaciuto averlo ma «un figlio non mio fatto da me ecco, se così vogliamo dire, non gestire io la cosa personalmente».

La persona che attribuisce più esplicitamente l'avversione per la gravidanza al timore della disforia è Lorenzo, che è «molto disforico da quel punto di vista, davvero davvero tanto» e percepisce «quella parte di me come non mia, come estranea a me, per cui anche l'idea di genitorialità biologica per me personalmente è terribilmente disturbante e straniante». Avendo un figlio biologico sente che questo sarebbe portato agli estremi, pertanto il solo pensiero lo indispette.

Diversamente, Bianca non vuole portare avanti una gravidanza perché si sentirebbe a disagio, non tanto perché si attende una situazione di disforia quanto perché non le piace «il pensiero di dover stare nove mesi ad aspettare che si formi una persona», e soprattutto per il fatto che è terrorizzata dal pensiero del parto. Nel corso dell'intervista riferisce che la paura del parto, che ha intensamente

vissuto per un periodo, si sta mitigando attualmente perché sta «diventando molto più tranquilla riguardo a tante cose». Però comunque «è una cosa che non si sente di fare né ora né per i prossimi quattro o cinque anni come minimo». Sulla scia del discorso del momento, poi, si apre al pensiero che per il proprio compagno potrebbe anche spingersi a farlo, ma siccome per lei stessa non lo farebbe resta combattuta sulla cosa, e dichiara di voler attendere «fino a se e quando sarò completamente sicura». Specifica:

«diciamo che sarei sempre propensa per il no il 90%, però un minimo, se proprio ho uno slancio poetico che dico “ma si dai proviamo”, potrei provare a dire magari».

Per questo motivo, riferisce che nei discorsi con il partner è emerso che potrebbero anche casomai avvalersi della gestazione per altri congelando i propri gameti e cercando qualcuno che fosse disposto a portare avanti la gravidanza per loro, sebbene lei al momento non abbia fatto alcun trattamento di crioconservazione. Infine, suggerisce che sarebbe bello provare a pensare anche sul versante positivo, a come la gravidanza potrebbe magari portare a conoscere nuovi aspetti della propria fisicità, oltre al legame con la disforia di genere, che lei considera esistere ma non sentendo particolarmente non attenziona in modo preponderante come altri.

Fobia e repulsione per la gravidanza sono condivise anche da Fernando (43 anni), già prima della scelta -in età adulta- di effettuare la transizione di genere: «devo dire che anzi la transizione mi ha aiutato a superare questa sorta di quasi disgusto proprio per la gravidanza».

4.3.2 Rapporto con il proprio corpo e l'immagine di sé

Elemento imprescindibile per la strutturazione della propria identità e fondante l'immagine di sé, il corpo e soprattutto le sue trasformazioni hanno fatto da sfondo ad una parte considerevole delle riflessioni condivise. Alcune si riferivano chiaramente ad aspetti legati alle modificazioni corporee in corso durante il processo di transizione, altre più a sfaccettature personali come la forma fisica o delle forme di disabilità.

Christian, ad esempio, è la persona che dà voce in modo più insistente alla forte sofferenza che prova per le mestruazioni: se all'inizio le rigettava pensando che fosse perché erano arrivate precocemente e senza che ne sapesse nulla, poi ha dato a questa avversione un significato diverso. Racconta di aver sempre avuto un rapporto molto disforico con le mestruazioni, di esserne stato preso alla sprovvista e molto turbato dal menarca a soli dieci anni, e aver sviluppato da lì ribrezzo e rigetto per quell'aspetto di sé:

«ho sempre detto in modo scherzoso “io faccio i figli che devo fare e poi non voglio avere più, mi voglio far levare tutto perché non voglio più sapere niente di questa sofferenza atroce”».

Attualmente, non solo ha paura di regredire ad uno stato che gli ha sempre dato particolarmente fastidio, ma immagina che vivrebbe il ritorno delle mestruazioni anche peggio ora perché al momento si sente molto bene nel suo corpo e come sta diventando.

Anche Bianca, dopo aver passato la maggior parte della sua vita a «pensare di essere brutta» e non accettarsi fisicamente, con il corpo più snello e asciutto di adesso, dichiara di sentirsi meglio. Ricorda però che comunque anche quando aveva dei chili in più che le davano un aspetto stereotipicamente femminile era arrivata a sentirsi bene con se stessa e accettarsi, anche grazie ad un percorso di psicoterapia. Rispetto all'effetto della gravidanza sulla forma fisica, è convinta che se anche dovesse tornare “in carne” come prima piacerebbe lo stesso al suo compagno, perché comunque l'ha conosciuta prima e ritiene che il legame tra loro sia abbastanza solido. Analogamente si prospetta che, se la gravidanza dovesse farla sentire a disagio con il suo fisico come in passato, il pensiero di dare vita ad un'altra persona che è nata dall'amore tra sé e il suo compagno farebbe sì che la modificazione della sua immagine corporea non le creerebbe alcun problema. Complessivamente, proprio perché è in un percorso di accettazione personale del proprio corpo che non sa neanche lei fino a che punto c'entri con l'identità di genere, riflette spesso su come si vede in relazione alla propria forma fisica.

Rispetto alla relazione con la propria immagine corporea, Lorenzo lamenta che percepisce in modo davvero molto forte la sua estraneità verso il proprio corpo «tutte le volte che mi trovo ad avere a che fare con quella che è la mia biologia. E in particolare quella dell'apparato riproduttore».

Il discorso di Christian successivamente si addentra anche in un altro terreno poco esplorato, quello dell'esistenza e “in-visibilità” dei corpi non conformi. A questo proposito ipotizza che, visto che le persone trans sono interessate a passare per ragazzi o ragazze e basta, senza che sia evidente il loro aspetto transessuale, le altre persone sono poco aiutate a capire che il loro corpo è diverso da come se lo rappresentano abitualmente. Ad esempio, nonostante l'alto grado di intimità e confidenza tra lui e la sorella -tanto che racconta di sentirsi a suo agio a fare la doccia insieme- anch'ella è colpita dal corpo non conforme di lui, le «fa strano» che abbia alcune caratteristiche maschili e altre femminili. Mentre, per Christian, gli incontri con altri ragazzi trans sono particolarmente significativi e segnano passaggi cruciali come il coming out, l'imparare a valorizzare la propria immagine corporea e la sensazione di essere compreso per quello che è, con il suo corpo che si va modificando. Inoltre, egli trova particolarmente bella l'esperienza di stare con ragazzi trans perché guardando al corpo dell'altro e riconoscendolo come maschile capisce che anche lui stesso può esserlo a sua volta, e l'esserlo

effettivamente gli crea «una serenità incredibile», che soddisfa il suo bisogno di riconoscimento. Sulla scia di questo discorso ipotizza che le persone trans possano avere una relazione ancora peggiore con il proprio corpo perché, come lui, lo percepiscono in dissonanza con quello che effettivamente si è, e non si rivedono sia a livello di rappresentazione personale che sociale, perché il loro corpo non rientra nell'immaginario personale e collettivo.

4.3.3 Indifferenza del legame biologico

Un genitore è colui che contribuisce a mettere al mondo il figlio? Le relazioni tra consanguinei sono più forti delle altre? Generare un figlio crea un legame unico e privilegiato con esso? I partecipanti a questo studio sembrano rispondere negativamente a queste domande su vari fronti. Ciò che emerge globalmente è una diffusa scarsa valorizzazione del legame biologico tra genitori e figli, e un'enfasi sulla flessibilità del ruolo genitoriale, da costruire sulla base di un piano relazionale.

A questo proposito, è emblematica un'affermazione di Erico:

«io penso in generale che il legame biologico non sia importante. Non c'è nessuna differenza tra un figlio biologico e un figlio adottato, cioè la distinzione sta solo nel nome. Per me non c'è differenza».

In particolare, egli riferisce che non vorrebbe avere una continuità genetica per un insieme di piccoli aspetti propri della sua famiglia, ad esempio per il fatto che la madre ha una storia familiare di problemi cardiaci ed è celiaca, e il padre ha dei parenti che soffrono o hanno sofferto di diabete.

Anche Alessandro si dice indifferente rispetto all'avere o meno un legame biologico con un proprio eventuale figlio, anzi, non sarebbe interessato a tale aspetto avendo già escluso le possibilità di portare avanti una gravidanza o di crioconservare degli ovuli propri. La sua scelta di optare per una gravidanza con inseminazione artificiale è per assecondare il desiderio della compagna, mentre egli sostiene che:

«il figlio non credo sia tuo solo perché ha il tuo stesso sangue o il tuo stesso DNA... ma neanche se ha il tuo stesso cognome, cioè io sono dell'idea che se il figlio te lo sei cresciuto è tuo».

A questo proposito Christian, pur riconoscendo il dono di avere due genitori che stanno insieme in una relazione molto bella, si rende conto che spesso questo modello coniugale non si realizza e la figura del genitore biologico è sostituita da altre, che in circostanze più circoscritte sono «quasi genitoriali». Esplicita questa sua osservazione portando l'esempio specifico dei suoi nonni, che vivono nella casa a fianco alla sua e con cui racconta di sentirsi a volte più sicuro e libero di parlare di determinati argomenti che con i propri genitori. Proprio perché sostiene che le forme di genitorialità

sono molteplici e una persona sola non può adempiere sempre necessariamente a tutti i ruoli che un genitore è chiamato a ricoprire, invita chiunque abbia il desiderio di essere genitore a rendersi disponibile per qualcun altro in qualche modo possibile, ad “essere genitori” di qualcuno avvicinandosi con disponibilità e apertura, per diventare anche solo «una figura amica di riferimento». Gianluca argomenta sostenendo con forza che di base una questione biologica non sia differente da una questione di adozione: «alla fine, il concetto di amore non è basato sul sangue ma su come stai con una persona, come la cresci, che responsabilità ti prendi, come sei come genitore, e insomma una serie di fattori».

Anche Bianca specifica che nel momento in cui una persona assolve al ruolo di genitore «basta che dia quello che serve al figlio»; che questi sia biologico o no per lei è quindi irrilevante.

4.3.4 Adozione tra immaginazione e realtà

La prospettiva che più facilmente alberga nelle fantasie raccontate è quella di avere degli eventuali figli attraverso l'adozione. Si tratta però di scenari immaginati, senza accenni ad una progettazione di alcun tipo. A fianco di un desiderio dichiarato non emerge infatti alcuna pianificazione strutturata che lo sostenga o punti a realizzarlo. La consapevolezza delle difficoltà connesse all'opportunità di adottare per persone transgender è diffusa, anche se non approfondita e genericamente riferita a delle impossibilità personali, legali, sociali o lasciate ad intendere senza che siano specificate.

L'intenzione di diventare genitori adottivi è sostenuta primariamente dal pensiero di poter offrire una casa a qualcuno dei tanti bambini che già esistono e si trovano in condizioni di disagio o in stato di abbandono. Si esprimono con parole simili Christian: «io dico sempre che ci sono già tanti bambini nel mondo che aspettano una famiglia e quindi mi piacerebbe tanto nel caso pensare alla prospettiva dell'adozione», Gianluca: «io sono di un'idea che ci sono un sacco di bambini nel mondo che hanno bisogno di una famiglia. Ne ho conosciuti tanti, ho visto proprio il benessere che c'è ad una situazione di adozione e mi piacerebbe rendermi un po' portavoce di questo benessere che si crea negli altri», Enrico: «se posso scegliere di dare una casa a una persona che giù esiste nel mondo e per qualche motivo non ce l'ha, non ha dei genitori, preferisco quella» e Bianca: «soprattutto prima di tutto perché comunque questi ragazzi hanno bisogno di una famiglia», che condivide con Gianluca la vicinanza anche professionale con questa propensione.

Commentando la normativa italiana in materia di adozione, Christian definisce «ironico» che allo stato attuale, con i documenti non ancora rettificati, per lui e il suo eventuale partner l'adozione sarebbe più probabile che in futuro, sebbene ribadisca che ciò non sarebbe qualcosa di cui ridere davvero. Personalmente, più che altro la spinta verso la possibilità di adottare è data soprattutto dal rendersi conto che tutte le altre soluzioni hanno delle implicazioni complesse anche a livello etico, che non gli sembra per forza necessario dover affrontare quando «una soluzione non più semplice ma

meno complessa sicuramente esiste e appunto questi bambini già ci sono, e ti aspettano». Pensando al proprio futuro, poi, si dice che se quando arrivasse per lui il momento di considerare seriamente di avere un figlio e le adozioni non fossero ancora disponibili, «mi guarderei sicuramente intorno però ad un certo punto mi viene da dire che non si possono forzare così tanto le cose, e aspetterei di vedere che cosa mi è riservato comunque».

L'interesse di Enrico, al di là del fatto di non poter avere biologicamente figli propri come uomo, è sempre stato verso l'adozione, perché ritiene che alla fin fine la scelta di fare un figlio o una figlia sia una scelta egoistica, dal momento che non sono loro a chiederci di venire al mondo. Sapendo però che l'adozione per le persone trans non è prioritaria e vedendo tale prospettiva distante per la propria situazione lavorativa e relazionale del momento, non procede oltre su questi ragionamenti.

Anche Bianca, vedendosi negli anni e anche eventualmente in una relazione come quella attuale, preferirebbe l'adozione o l'affido. Questa idea è alimentata anche dal fatto che durante il servizio civile appena concluso ha assistito degli educatori, esperienza da cui ha sviluppato la volontà di ricoprire un ruolo simile a quello delle famiglie affidatarie.

Secondo Alessandro adottare un bambino o una bambina sarebbe la via più breve e meno complessa per sé per avere un figlio, perché desidera non essere assolutamente coinvolto personalmente nella gestazione.

4.4. Identità e affermazione di genere

4.4.1 Questioni di identità di genere

La tematica della genitorialità che, soprattutto se biologica, è inevitabilmente legata ai connotati sessuali dei soggetti, si interseca con quella dell'identità di genere e con i cambiamenti fenotipici che si producono nel percorso ormonale e chirurgico di affermazione di genere. Le riflessioni portate dai partecipanti quindi si allargano, a partire dal focus specifico della ricerca, verso le sfide che personalmente hanno incontrato o stanno affrontando rispetto alla propria definizione identitaria e gli orizzonti che si dipingono.

Poter riconoscere se stesso nel corpo che gli è proprio ed essere felice di quello che è come persona, è una conquista molto significativa per Christian, che ha trovato il coraggio di manifestare ai genitori la volontà di intraprendere il percorso di affermazione dopo aver parlato per la prima volta dal vivo con un ragazzo trans visibilmente felice, realizzato. Questo incontro, come quelli con altri ragazzi transgender con cui ha avuto una relazione, sono per lui particolarmente importanti perché sono fonte di riconoscimento, che gli permettono di soddisfare il proprio bisogno di essere guardato e gratificato nell'essere identificato come maschile, il che gli lascia una grande serenità. «In questo momento della

mia vita non potrei essere più soddisfatto di così del percorso che ho fatto, che sto facendo» dichiara. «La nostra paura è sempre doverci spiegare tantissimo, avere timore che qualcuno possa non comprenderci davvero, non avere l'empatia necessaria per rispettarci», per questo esprime il bello di incontrare persone che stanno facendo il suo stesso percorso, che sanno ciò a cui lui è dovuto andare incontro, ciò che sta vivendo, e pertanto con altre persone che stanno facendo un percorso di transizione si sente di poter «bypassare» alcuni aspetti, quindi quasi potersi dimenticare di essere trans. Infatti, gli fa piacere avere delle relazioni con delle persone trans perché lì si crea uno spazio in cui può “dimesticarselo”, cioè non pensare al suo essere trans, diversamente dal mondo quotidiano che, a partire ad esempio dal dover mostrare green pass e documenti, lo spinge a non poter mettere da parte questo aspetto della sua identità, cosa che invece afferma di riuscire a fare con la sua disabilità fisica.

Dopo aver iniziato l'iter quasi da quasi due anni e aver appena completato il cambio anagrafico, Dario si sente «ancora tanto in transizione», e confrontandosi con le altre persone che fanno un percorso simile le vede come strane, diverse dagli altri, sebbene riconosca che anche lui sia «come loro», e si interroga se abbia o meno un pregiudizio su questo. Tra l'altro, si sente distante dalle altre persone dell'associazione a cui si è appoggiato perché sono molto più giovani, come se lui stesse compiendo un percorso differente, perché essi hanno tra i venti e i venticinque anni, e conducono anche totalmente un'altra vita. Parlando poi della transizione di genere, dice:

«“io sono donna e voglio essere uomo”. Quindi per me, di conseguenza, mi piacciono le donne, mi piace fare le cose da uomo. E invece no, non è così. Invece c'è chi fa il mio percorso e comunque continua a stare lo stesso con un uomo... e io sono molto in confusione. [...] non ci sono i generi: io lo vedo come un estremismo anche questo. Non capisco se una persona lo fa a volte perché c'è dall'altro sotto».

Per Christian la questione dell'identità di genere si è schiusa in seguito al periodo di lockdown della primavera 2020, in cui, scoppiata la pandemia, si è trovato costretto nelle circostanze a stare con se stesso e quello che provava. La prima quarantena è stata quindi per lui «un po' devastante», anche perché essendo poi il periodo degli esami di maturità, si sono accumulati diversi elementi che l'hanno mandato in crisi. Se infatti riferisce che «questo pensiero ingombrante» nella sua vita c'era da sempre, prima di allora l'aveva sempre trattato però come «quelle cose talmente grandi che uno cerca di chiuderle in un cassetto e fare finta che “bo sì” sia un pensiero che però ha messo via», mentre poi ha iniziato ad essere sempre più insistente per vari motivi. Finché, uscito nell'estate 2020, volendone parlarne alle persone ha iniziato a fare i primi coming out ufficiali con gli amici e ad agosto 2020 ha comunicato ai suoi genitori di voler iniziare il percorso.

Per Bianca le riflessioni sulla genitorialità si intrecciano con un più ampio discorso sulla propria identità di genere, “in-definizione”, dal momento che dichiara che:

«in questo periodo sto di nuovo un po' cercando delle risposte. [...] Sto anche un pochino rivalutando un po' di cose, tutto un percorso diciamo in divenire. Perché è relativamente recente questa mia scoperta, cioè è successo quando c'era il lockdown quindi eh diciamo che sto ancora un pochino, cioè ho avuto un periodo dove era un pochino più certa la cosa invece adesso sto appunto rivalutando un attimo come mi sento. Anche perché ho iniziato una relazione da poco ed è la prima che ho avuto, quindi anche quello sta aggiungendo dei pezzi alla cosa, è un po' una scoperta».

Definandosi non binaria, parla della sua identificazione di genere come una notizia «venuta fuori» in modo non meglio specificato, come qualcosa che le si è presentata e ha accolto, forse ritrovandosi in sintonia con le descrizioni attinte dal web durante il periodo di lock-down a causa della pandemia da COVID-19. Racconta che le interazioni avute con persone che a loro volta si dicono *non-binary* sono avvenute sempre via Facebook, anche in seguito all'allentamento delle restrizioni legali. Riferisce di aver accettato tranquillamente e quasi di punto in bianco la possibilità di dirsi non binaria rispetto al genere, perché ha sempre avuto intorno persone che l'avevano sempre accettata per com'era e personalmente è sempre stata abbastanza di mentalità aperta, non ha mai avuto grossi pregiudizi se non qualcuno in passato che ha superato senza problemi. Nel modo in cui si descrive traspare che ha avuto un atteggiamento di accettazione, quasi passivo, ammettendo anche che in seguito è cambiato abbastanza poco nella sua vita.

4.4.2 Lo sviluppo del percorso

Numerose sono le osservazioni critiche e le sfaccettature delle problematiche che tutti raccontano circa il percorso di affermazione di genere, ad eccezione di Bianca, che non ha intrapreso alcun intervento medicalizzato. Riferendosi più o meno approfonditamente ad alcuni passaggi che stanno effettuando, gli altri partecipanti lamentano complicazioni varie, carenze, incongruenze e pressioni nelle informazioni e nelle indicazioni di trattamento ricevute.

Per Dario l'inizio del trattamento ormonale è stato «traumatico» a causa dell'assunzione di farmaco che si è rivelato essere sbagliato, che l'ha fatto stare molto male e avere paura. Sebbene sostenga di averlo sempre saputo inconsciamente, non ha però mai ammesso se non all'ultima delle compagne che ha avuto di «voler diventare uomo» e, nel momento in cui da ormai adulto ha deciso di rivolgersi ad un endocrinologo, ha faticato a trovare un medico competente che lo ricevesse a Padova, provando a contattarne vari e ricevendo anche un rifiuto. Nel complesso, riferisce che la procedura nel

complesso è costosa, senza lamentarsene o criticare particolarmente, se non della troppa burocrazia per il cambio anagrafico.

Alessandro sottolinea i ripetuti ostacoli e rallentamenti rispetto alle proprie intenzioni, accusando ad esempio la psichiatra di aver allungato i tempi prima dell'inizio dell'assunzione di ormoni con la sua insistenza su numerosi aspetti e le critiche ad alcuni atteggiamenti di lui «non abbastanza mascholini». Mentre egli, invece, arrivato alla soglia dei diciott'anni, premeva per iniziare la terapia perché provava disforia già da tempo, e non sapeva che avrebbe potuto cominciare prima della maggiore età con il consenso dei genitori (che sarebbe stato comunque problematico). Un'altra difficoltà che sente impellente è il non essere ancora riuscito a bloccare totalmente le mestruazioni. A questo proposito, sia per il fastidio che causano che per la paura di sviluppare tumori in futuro in contrasto con gli ormoni assunti, desidera operarsi. Nonostante dica di aver ricevuto da parte degli operatori solo informazioni approssimative sulle varie operazioni possibili, sostiene che essi invitino caldamente ad intervenire chirurgicamente, in vista del rischio di sviluppare problemi con gli anni per il testosterone, «dando per scontato che si debba fare», anche se molte persone non lo vorrebbero e poi decidono effettivamente di non farlo. Accusa anche un po' di pressione dalle (im)posizioni dei vari operatori, come esemplifica una prime domande che gli sono state fatte con le sue successive considerazioni:

«“Tu vorresti fare tutta la transizione completa fino all'ultimo?” [...] Se io rispondevo “no guardi che a diventare completamente uomo ci devo ancora pensare, a livello...” [...] per loro era un problema, perché “ma allora aspetta c'è qualcosa che non va, perché...”».

Analogamente Christian, pur non sentendo l'isterectomia un'urgenza personale come la mastectomia, per la quale ha progettato di andare in Spagna, poiché in Italia per l'intervento è necessaria l'autorizzazione del giudice, progetta di farla, dopo l'opportuna autorizzazione, sia per una sicurezza psicologica che fisica. Personalmente, per non avere l'ansia del rischio che le mestruazioni possano tornare; per una questione di salute generale, visto che avere le ovaie e assumere testosterone in contemporanea possa generare delle complicazioni e aumentare le possibilità di cancro. Essendo consapevole che con l'isterectomia sarà poi costretto ad assumere per sempre testosterone, perché il corpo non produrrà poi nessun ormone endocrino, solleva l'attenzione che questo potrebbe essere un problema per chi diversamente da lui non dovesse essere sicuro di voler proseguire così per tutta la vita. In fine, sebbene non si trovi completamente a proprio agio con i propri genitali, non sente la necessità di fare la falloplastica, intervento che ritiene molto invasivo e dai risultati mediocri.

Il desiderio di fare come prima cosa la mastectomia è condiviso anche da Dario, che dichiara non avrebbe voluto procedere con l'isterectomia ma lo farà perché riferisce:

«mi hanno detto che devo fare l'isterectomia per un fattore fisiologico, perché andrebbero in contrasto. Dovrò togliere utero e ovaie, ecco sicuramente. Era una cosa che non avrei fatto però mi hanno detto che a livello fisico è proprio per un fattore, appunto per eventuali problematiche, devo farlo [...] per benessere. [...]io pensavo di non farlo, e invece mi ha detto quello è un intervento che “devi fare”».

Per la mastectomia, si duole che ripetutamente gli fosse stato detto che non poteva mettersi in lista da un chirurgo prima della sentenza del giudice, mentre in realtà avrebbe potuto farlo e risparmiare tempo, arrivando prima a fare l'operazione. Anche per questi modi talvolta approssimativi di procedere degli operatori a cui si è affidato, Dario si sente molto autodidatta nel percorso che sta facendo: è un work in progress, impara ogni giorno qualcosa di nuovo. Nel dire che non sa quali siano le domande giuste da farsi, esprime l'incertezza che lo fa andare a tentoni e il suo essere poco guidato in modo appropriato. È deluso dal fatto che impara molto lungo il percorso ma non dai professionisti che lo seguono, e nemmeno dall'associazione di cui fa parte, perché non ha mai avuto indicazioni precise rispetto alle informazioni che ha chiesto, si è dovuto arrangiare da solo abbastanza in tutto: «in tutto questo percorso ci si illude molto di avere dei tempi, delle prospettive, quando invece bisogna prendere quello che viene», dichiara.

4.4.3 Importanza della psicoterapia

Il supporto psicologico e psicoterapico è un elemento ritenuto essenziale e molto valorizzato dagli intervistati, sebbene in un caso anche criticato per alcuni atteggiamenti con cui è svolto. In un processo che per i più si sviluppa sul piano primariamente fisico, è infatti sentito come particolarmente importante prendersi cura della situazione personale di ciascuno e di ciò che soggettivamente sperimenta, della storia che ha alle spalle, oltre che degli effetti che i cambiamenti fisiologici generano a livello psicologico.

A questo proposito è esemplificativo il caso di Enrico, che aveva contattato inizialmente la psicologa per il discorso dell'identità di genere e che tuttavia ha sviluppato solo due anni dopo, avendo lavorato innanzitutto su altri aspetti personali. Dopo aver fatto un percorso di psicoterapia per diversi anni, ora sospeso per questioni economiche ma che spera di riprendere presto, dichiara che lo ritiene uno strumento molto importante e utile non solo per sé ma anche per le persone che gli stanno intorno. A maggior ragione nel caso in cui qualcuno dovesse rivolgersi ad altri con ruoli di responsabilità educativa, in particolare genitoriale, afferma:

«penso che comunque una persona prima di essere genitore dovrebbe imparare a conoscere, gestire le proprie emozioni, e affrontare i suoi traumi e tutto quello che può condizionare puoi

il figlio. Perché se una cosa te la porti dietro poi in qualche modo sbuca lì e ne va dei figli, ci rimettono loro».

E da parte sua sicuramente una cosa in cui non si sente «ancora arrivato» è un «debanking di tutti i bias» che ha e che ha ricevuto. Pur essendo qualcosa a cui sta lavorando, comunque sa che deve ancora risolverla del tutto. Sottolinea soprattutto il fatto della gestione dell'affetto, «perché comunque non avendone ricevuto molto quando ero piccolo ora non so come gestirlo. Penso che sia una cosa molto molto importante e sto ancora ragionando, ecco».

Oltre al percorso di psicoterapia specifico, tappa obbligatoria nel percorso verso la terapia endocrinologica, Christian riferisce di averne fatto anche uno personale, particolarmente utile per maturare nella propria consapevolezza genitoriale. Nello specifico, aveva pensato di chiedere un counselling mirato a febbraio 2020 e, dopo la prima seduta in presenza, ha fatto un percorso online, che gli ha fornito uno spazio in cui parlare dell'identità di genere senza che lo specialista però fosse molto di aiuto, non essendo informata nello specifico; quindi, è stato più «uno spazio bianco permettere in fila le cose», comunque molto apprezzato. Facendo il paragone con degli amici coetanei e nel suo percorso si rende conto, infatti, che i passaggi di consapevolezza non sono pochi, quindi, si reputa contento e fortunato di aver avuto in qualche modo gli strumenti da subito per arrivare a capire e accettare questa cosa senza particolari problemi grazie alla psicoterapia.

Anche Dario ha fatto un percorso psicologico lungo anni sia sul tema dell'identità di genere che su «altre questioni», ed è particolarmente spaventato dal vedere che ora i ragazzi giovani facciano un percorso psicologico breve e sporadico prima di iniziare un percorso di transizione così complesso.

Diversamente, Alessandro enfatizza le difficoltà con la psichiatra e la psicologa da cui è stato seguito, perché prova insoddisfazione dovendo confermare che «va tutto bene» e finire lì senza approfondire e ricevere supporto su questioni più difficili, come ad esempio proprio quella delle possibilità di genitorialità, che vede essere un tema trattato solo più avanti, con persone con qualche anno in più.

Seppur non legato direttamente alla questione dell'identità di genere, anche Bianca racconta di aver fatto un percorso di psicoterapia personale per trovare forza e capire il proprio valore, sentirsi meno inadatta, per scoprire ulteriori aspetti di sé più personali.

4.5 Considerazioni etiche

Le riflessioni, gli interrogativi, gli scenari immaginabili e le questioni che si aprono rispetto alle varie sfaccettature del tema dell'essere genitori sono davvero numerose. Trattandosi di una modalità in cui si esprime in modo particolarmente significativo l'intrinseca relazionalità dell'essere umano, infatti, le scelte che si compiono in tal senso hanno bisogno di un'attenzione ancora maggiore considerando che hanno un impatto decisivo sia per se stessi che per altri di cui si diventa responsabili. La capacità

di prendersi cura con amore di un'altra persona per farla fiorire e di ricercare il suo bene con impegno attraverso le proprie azioni viene infatti magnificata nel ruolo di genitore, che tutti i partecipanti riconoscono avere delle peculiarità e aprire delle sfide non indifferenti.

4.5.1 Considerazioni sull'essere genitori

Sarò in grado di essere un buon genitore? Potrò avere la stabilità economica per mantenere un figlio? Quale modello di famiglia mi immagino? Me la sento di consegnare un futuro ad una persona nel mondo in cui vivo attualmente? Sono interrogativi che traspaiono dalle interviste e muovono le riflessioni elaborate o in via di definizione delle persone incontrate. Innanzitutto, le prospettive divergono in modo significativo tra i ragazzi più giovani e chi invece propone delle considerazioni da adulto, perché chi è in una fase di vita in cui tutto è più in divenire solleva alcune fatiche che altri più avanti negli anni e (forse) stabiliti dal punto di vista almeno economico e residenziale hanno ormai sorpassato. D'altro canto, questi si sentono privati della molteplicità di opzioni tipiche dell'età giovanile, avendo già compiuto determinate scelte.

Per Alessandro, ad esempio, avere un lavoro fisso, la casa e una relazione stabile sono prerequisiti senza i quali è difficile che vada a considerare anche la possibilità di avere un bambino, per cui in caso non riuscisse a sistemare prima quegli aspetti pensa che piuttosto potrebbe rinunciare ad avere figli: «se tutto non va bene meglio non mettersi in altri casini». Pertanto, con molta distensione dice che si baserà su come andrà la vita d'ora in avanti per vedere se ci saranno le condizioni per mantenere un figlio. In generale, poi, vede che per alcune coppie avere figli può non essere un desiderio, e molta gente preferisce non averli per motivazioni etiche, quali il fatto che porterebbero ad aumentare i consumi, o perché -come anche lui si preoccupa- non avendo un lavoro non riuscirebbero a mantenerli o altro.

Anche Bianca è preoccupata per il fatto che «comunque siamo già tanti sul pianeta [...], cioè, siamo troppi», e generare nuovi individui potrebbe creare dei problemi a livello economico perché poi ci sarebbe bisogno di sfamare e soddisfare le necessità di più persone con le risorse che già scarseggiano. Inoltre, con «tutti i problemi sociali che non sono ancora stati risolti» personalmente le sembrerebbe irresponsabile:

«dal mio punto di vista, se fossi io che devo scegliere -cioè per dire non giudico altri che hanno i figli- però se dovessi averne io, mi sembrerebbe quasi di far loro un torto a metterli al mondo nelle condizioni come quelle che stiamo vivendo adesso, a livello un po' globale».

La sua preoccupazione è di rivolgersi innanzitutto a chi è già stato messo al mondo e ha comunque bisogno di cure, che gli sia concesso un futuro.

L'apprensione di avere una buona base economica per avere un figlio è condivisa anche da Enrico, oltre all'importanza di essere in una relazione di coppia, per cui «il fatto che comunque al momento non ho un partner me lo far vedere più distante».

Guardando alle coppie solide, che stanno bene, ma che fanno fatica a adottare, invece, Dario esclama: «figurati se danno un figlio ad una persona che ha fatto, sta facendo un percorso del genere». Nota anche molte difficoltà nella possibilità che una persona transgender diventi genitore, per cui dice che «non lo so, sono perplesso». Dichiarò infatti di sostenere l'importanza di non negare a nessuno i diritti ma anche di essere spaventato dall'eventualità che diventino genitori delle persone non pronte ad esserlo, come ad esempio alcune persone che ha conosciuto durante il percorso di transizione:

«tanti di loro parlano molto del fattore avere figli, una famiglia, cioè... però io la vedo male, dico: “cavolo se questi fanno figli siamo messi male”. Nel senso... perché hanno una visione... non so a me non piacciono gli estremisti in generale, no».

Si chiede quindi quale modello familiare potrebbero costruire, sottolineando che: «rispetto al tema delle persone trans con figli, però io sono ancora diciamo molto, mi vedo bigotto perché io ti dico ho sempre la figura mamma, papà e figli», modello a cui si rifà anche Lorenzo.

Gianluca è d'accordo con il fatto che «i genitori trans debbano darsi una calmata», per permettere ai figli di vivere la tranquillità della quotidianità senza l'esaltazione di continuare a fare propaganda, altrimenti corrono il rischio di finire per dare la priorità a quella rispetto ai figli e pertanto far respirare loro un clima poco sereno.

4.5.2 Figli e genitori in transizione

Quella della possibilità che i ragazzi trans siano considerati dei potenziali genitori e siano pensabili come gestanti è stata una tematica oggetto di attenzione su un piano immaginativo, nell'ottica di agevolare chi eventualmente volesse intentare questa scelta, e si intreccia poi con la prospettiva dei figli, appena sfiorata.

Alessandro, come altri, prova ad immaginare che se le condizioni sociali fossero diverse potrebbero esserci dei ragazzi transgender interessati a portare avanti una gravidanza, mentre lui personalmente ha «un blocco» verso di essa, non ci si vede proprio. Seppur vede gestazione e parto personalmente impossibile e fisicamente insostenibile, rifiuta il fatto che è solo la donna a poter portare avanti la gravidanza riferendosi a questo come ad uno «stereotipo» e non è contrario all'idea che un ragazzo transgender che se la senta di affrontarla lo possa fare.

Secondo Christian, una persona trans che decide tecnicamente di tenere una gravidanza deve essere anche molto a suo agio con quella che è la sua rappresentazione fisica sia personale che nel mondo:

«perché ad esempio secondo me una delle cose che dissuade di più le persone, anche avendo magari questo desiderio, è che abbiamo lottato per anni perché il mondo ci vedesse effettivamente per quello che siamo anche attraverso l'aspetto esteriore, cioè ragazzi in questo caso, e poi se noi portassimo avanti una gestazione, una gravidanza, sicuramente ci sentiremmo giudicati dal fatto che “e allora se vai in giro con la pancia significa che non sei davvero, cioè che allora sei una donna o che ti appropri di qualcosa che è prettamente femminile”».

Ipotizza si tratti contestualmente anche di questione privata, del guardarsi allo specchio e vedere una pancia, che anche a livello concettuale è strettamente legato al genere femminile. Per questo dice che per arrivare a tanto «uno deve avere una percezione del corpo e anche in realtà un'identità personale talmente salda da dire “la mia identità di genere maschile prescinde dal fatto che io stia facendo una cosa prettamente femminile”». Ritiene che se una persona è talmente sicura e capace di scindere perfettamente questi due aspetti «benissimo, però è una cosa complessa, cioè devi avere una percezione molto precisa di te e del tuo corpo».

Vedendo che attualmente i bambini che vengono cresciuti «in una maniera diversa da quella che siamo abituati a vedere» tendono ad essere messi un po' da parte, come nell'esempio dei bambini bilingue, Enrico riconosce in questo in questo una difficoltà che si estende anche ai bambini cresciuti «senza giocattoli genderizzati, senza focus sul genere», che «al momento vengono presi di mira». A suo parere il confronto e la differenziazione tra bambini sono causati da un'idea e un atteggiamento portato avanti dai genitori, che poi i bambini assimilano a loro volta.

Anche Dario sottolinea che i bambini notano bene i diversi aspetti e non vi sono indifferenti. Ad esempio, si dichiara «basito» dal racconto di una donna che ha dichiarato di voler fare la transizione a uomo, e di avere l'appoggio del marito. In particolare, è spaventato per il fatto che lei ha una figlia quindicenne e si immagina l'impatto che questo cambiamento potrà avere sulla vita dell'adolescente, perché secondo lui «non se la passa tanto bene». Oltre alle perplessità espresse nelle considerazioni etiche sull'essere genitori, vede difficile avere dei bambini per le persone trans anche per «il nostro mondo qui adesso» poiché, siccome lui nel suo piccolo, per il percorso che sta facendo, talvolta ha dei problemi minimi o impedimenti di poco conto che, se per sé sono facilmente sopportabili, pensa che se egli avesse un figlio lui sarebbe «discriminato forse, non lo so se è una parola troppo forte. Non lo so, mi spaventerebbe questo, tanto». Come dice di essere premuroso con gli animali e protettivo con la figlia della compagna, così Dario si mostra molto attento e difensivo nei confronti degli ipotetici figli suoi o di altre persone LGBTQIA+ , prospettando per loro le difficoltà possibili da cui vorrebbe preservali.

Un'altra difficoltà di genitori e figli LGBTQIA+ sollevata da Gianluca è che essi tendono a circondarsi di una cerchia sociale tendenzialmente ristretta all'interno della comunità LGBTQIA+, il che per la sua esperienza si rivela essere un grosso limite, perché «non si può pretendere di essere accettati e non ghettizzati se si è i primi che non ci si accetta e ci si ghettizza».

4.5.3 Chi è un buon genitore?

Basandosi sia sulla propria esperienza familiare -per similitudine o contrasto- che sulla propria sensibilità e pensiero personale, tutti gli intervistati propongono delle considerazioni sul ruolo genitoriale in generale, ipotizzando il modello per loro ideale di atteggiamento che una tale figura dovrebbe avere.

Riflettendo sul legame tra identità di genere e genitorialità, Bianca più che chiedersi come si può inserire un'identità non binaria nel ruolo di genitore si è interrogata spesso su cos'è un genitore, dicendo di non avere una definizione chiara, però «a sentimento» sapere che cos'è un genitore. Quindi non si pone neanche il problema, perché secondo lei se una persona riveste quel ruolo non ha bisogno di definirsi, «basta che dia quello che serve al figlio, che sia appunto biologico o non». Propone poi una definizione esplicita a riguardo, carica di significato:

«un genitore è come un nido che, essendo scoperto, quando serve che la pioggia ti colpisca lascia che accada: fa vivere al figlio la vita con tutte le sfumature di esperienza, che servono per crescere, e allo stesso tempo gli dà lo spazio per curarsi, comprendere cosa lo ha influenzato e guidarlo; è una persona a cui poter fare riferimento».

Bianca sembra quindi avere un ideale genitoriale sereno, che esprime velatamente sia la sensazione del porto che del nido sicuro. Ha però una prospettiva essenzialmente del singolo individuo, mai di coppia, forse perché nel descrivere che cos'è per lei un genitore è condizionata dall'essere stata abituata a percepire un genitore solo nella sua esperienza di crescita in famiglia. Aggiunge anche:

«poi la mamma e il papà cosa sono? non dovrebbero dare lo stesso tipo di affetto, di regole, di rigidità, di quando serve, e di vicinanza al figlio allo stesso modo? quindi genitore, mamma e papà sono tre cose che sono cioè alla fine sono la stessa cosa, solo che gli diamo nomi diversi perché siamo abituati a percepirli con generi diversi».

Descrivendo l'atteggiamento che un genitore dovrebbe avere, Christian dichiara che lui vorrebbe imparare a selezionare nel mondo e nelle persone che l'hanno cresciuto quello che è secondo lui è meglio o peggio e darlo al prossimo, però «senza dimenticarci mai che nessuno è nostro». Secondo lui questa è la cosa più impegnativa dell'essere genitori, soprattutto nel momento in cui ci si rivolge ad una persona che si ha generato direttamente: «la parte difficile è effettivamente riconoscere che

noi in qualche modo ci facciamo mezzo del pezzo di vita di un altro, ma non ci appartiene mai». Pur temendo che sia molto utopico, è chiaramente convinto che:

«è quasi paradossale ma secondo me nel momento in cui cresci un figlio indipendente hai fatto la cosa migliore che potessi fare per lui o per lei. Questo è secondo me, usare tutto se stessi [...] ma non per creare una copia migliore di te ma appunto per dare a questa persona tutti gli strumenti possibili per diventare, nel rispetto degli altri, se stesso, anche se fosse la cosa più lontana che c'è da te».

Analogamente Enrico nel discorso si focalizza più sulle modalità con cui pensa sia giusto educare i propri eventuale figli, piuttosto che sulle condizioni contingenti, come ad esempio come sarà la casa o il partner che avrà. In particolare, per interesse personale ha approfondito lo stile del “gentle parenting”, pur sostenendo che:

«comunque, una persona prima di essere genitore dovrebbe imparare a conoscere, gestire le proprie emozioni, e affrontare i suoi traumi e tutto quello che può condizionare poi il figlio. Perché se una cosa te la porti dietro poi in qualche modo sbuca lì e ne va dei figli, ci rimettono loro».

Il primo passo è dunque riuscire a raggiungere questa consapevolezza personale, dunque, poi per il resto crede che l'unica cosa importante sia «sapere ascoltare e saper capire di cosa tuo figlio può avere bisogno. Cioè, non ci vuole tanto altro, essere aperti in tutti i sensi. Soprattutto al dialogo». Sostanzialmente, Enrico esprime l'intenzione di «fare insomma il meglio che posso, di non passare, come dire, tutto quello che ho subito tra virgolette io in termini di genitori narcisisti, abusivi eccetera» ma prendersi cura dei figli con attenzione.

Focalizzandosi più sulla propria esperienza diretta che sulle sue fantasie, Dario racconta di aver sostituito molto i figli con gli animali, e di «tendere a viziare troppo» le nipoti e i propri gatti, menzionati anche da Bianca:

«io sto bene, per dire, dando affetto al gatto, perché il gatto è come se fosse mio figlio: gli do amore incondizionato, lui lo dà a me e quindi... per me avere il gatto o avere il bambino non è proprio la stessa cosa però non ho delle carenze diciamo a livello affettivo».

Inoltre, egli, pur non sentendo sua la figlia dell'attuale compagna, ha un occhio di riguardo per lei, le vuole un bene diverso da altri, è più protettivo, anche se a volte lei lo fa anche arrabbiare più di quanto lo farebbe lo stesso comportamento avuto da un'altra persona. Riconosce che con lei ha emozioni e atteggiamenti diversi, e quando in vacanza o a Natale stanno tutt'e tre insieme, con la sua compagna

e sua figlia si sente in quei momenti un attimo “famiglia”. In fine, fornisce anche lui una definizione generale:

«genitorialità è l'amore incondizionato verso una persona. Avere responsabilità di qualcuno, di accompagnarlo, di farlo crescere in un modo che sarebbe giusto per noi [...] educare qualcuno, vederlo crescere, vederlo realizzarsi... poi dev'essere una bella gatta da pelare».

Capitolo 5 – Discussione e Conclusioni

5.1 Discussione dei risultati

La panoramica risultante è concorde con la tendenza riscontrata anche in altre ricerche, secondo cui la maggioranza degli individui transgender preferirebbe diventare genitore attraverso l'adozione o lasciando che sia la propria partner a partorire (Riggs, Power & von Doussa, 2016). L'affido, invece, viene menzionato con più frequenza di quanto riportato in altri studi (*Ibid.*), e assimilato nei ragionamenti all'adozione. Se la letteratura scientifica riporta che il desiderio di mantenere almeno la possibilità di genitorialità biologica, per quanto minoritario, sia diffuso in circa un terzo della popolazione transgender (Defreyne *et al.* 2020), nel presente campione la totalità degli intervistati che si identificano nel genere maschile nega alcun interesse per questo aspetto e dichiara di aver già scelto di non voler preservare le strutture fisiche atte al concepimento, chi autonomamente chi seguendo le indicazioni dell'endocrinologo; due di loro hanno già anche effettuato sia isterectomia che mastectomia. Analogamente, tutti loro hanno escluso la possibilità di avvalersi della crioconservazione dei gameti, accentuando quanto suggerito da altri studi, indicanti che l'ampia maggioranza delle persone transgender non è interessata alla preservazione della fertilità (PF), specialmente tra le persone di sesso femminile alla nascita, anche in seguito a consultazione clinica (Chen *et al.*, 2019; Nahata *et al.*, 2017; Von Doussa, Power & Riggs, 2015). Al contrario, la persona che si identifica come *non-binary* dichiara di non essere interessata agli interventi di chirurgia affermativa ma che potrebbe valutare la crioconservazione degli ovuli. Dal momento che non sta seguendo né dichiara di aver intenzione di iniziare un trattamento ormonale e riferisce di sperimentare disforia di genere in modo molto lieve, la sua prospettiva si discosta da quella degli uomini transgender e presenta delle caratteristiche peculiari rispetto al campione della ricerca.

Il fatto che gli intervistati siano giunti a conoscenza della possibilità di PF in modi e momenti diversi lungo il percorso di affermazione di genere è emblematico dell'assenza di sistematicità nell'effettuare un momento informativo dedicato ad essa all'inizio, come invece è indicato nelle linee guida internazionali (Coleman, *et al.*, 2012). Nello specifico, infatti, c'è chi è venuto a sapere di questa opzione dalla psichiatra o da altri operatori da cui era seguito prima di iniziare il trattamento ormonale, chi dichiara di essere giunto in consultazione specialistica già almeno parzialmente informato o con un livello di conoscenze in materia sufficiente da avergli permesso di formulare una decisione già prima che gli venisse offerta la possibilità di crioconservazione, chi racconta come non gli sia stata proposta direttamente e ne sia venuto a conoscenza attraverso l'esperienza di altri. Coloro a cui la possibilità di criopreservare è stata presentata in sede clinica riferiscono che la domanda è stata posta in modo sbrigativo, non approfondito e non accompagnato da uno spazio di riflessione più

ampia sulla tematica della genitorialità. Questa critica è dunque una manifestazione di interesse per la questione e cela la richiesta implicita di dare spazio ad essa in sede di colloquio, cosa che attualmente è poco diffusa (Voultsos et al., 2021; Sterling & Garcia, 2020).

Le fonti menzionate da coloro che si sono informati preventivamente in modo autonomo sono per lo più internet in generale, quindi siti web divulgativi, o conoscenti che a loro volta si sono informati tramite terzi. Pertanto, sorge spontaneo interrogarsi in merito all'affidabilità delle indicazioni raccolte, alla possibilità o meno che abbiano avuto modo di confrontarsi o si siano trovati soli nella decisione, e ai fattori che potrebbero aver influenzato o motivato tale scelta. Si osserva quindi non solo il problema della mancata comunicazione dell'opzione di crioconservazione, in alcuni casi, e il fatto che sia avvenuto tardivamente o in modo poco approfondito, in altri, ma anche lo spostamento della fase decisionale in merito a tale aspetto al di fuori della stanza terapeutica, in altri ancora, il che priva il paziente del supporto consultivo approfondito che tale passaggio meriterebbe (Wierckx, Stuyver *et al.*, 2012). È responsabilità professionale formarsi su questi aspetti per proporre un intervento di supporto adeguato nei tempi ed esaustivo nei contenuti. A questo proposito, potrebbe essere utile raccogliere il suggerimento di uno dei partecipanti che, attivo all'interno di uno sportello di ascolto in un'associazione per persone transgender, propone di introdurre gli aspetti legati alla fertilità già subito nei primi colloqui di ogni percorso, così che la persona abbia il tempo di maturare una scelta più ponderata prima dell'incontro con l'endocrinologo. Questa interessante opzione potrebbe però non essere facile da realizzare, poiché le tematiche che una persona all'inizio di un percorso esplorativo dell'identità di genere porta in sede di colloquio clinico sono numerose, il che potrebbe rendere difficile dedicare lo spazio opportuno anche all'espressione dell'eventuale desiderio di filiazione e alla discussione delle possibili vie per realizzarlo. Inoltre, a seconda dell'età e della situazione di vita personale, potrebbe non essere percepita dalla persona come un'esigenza del momento (Riggs & Bartholomaeus, 2020). In ogni caso, il fatto che una volta esclusa l'opzione della crioconservazione la tematica della genitorialità non sia più stata affrontata nel suo complesso è limitante. Offrire comunque uno spazio di riflessione sul tema potrebbe infatti permettere, ad esempio, di aprire dei ragionamenti in direzioni ulteriori a quella biologica, nonché aiutare ad elaborare l'aspetto dell'infertilità, che potrebbe trascinare con sé il peso del confronto sociale; ad approfondire il significato personale dell'eventuale desiderio di avere comunque un figlio e supportarne i tentativi di realizzazione con relativi ostacoli e possibili fallimenti; a far dialogare i diversi aspetti dell'identità di genere, del ruolo genitoriale e della propria immagine di sé.

Per quanto riguarda invece le motivazioni a sostegno del rifiuto della conservazione dei gameti, alcuni hanno citato esplicitamente la previsione dell'aumento di disforia in caso di intervento di PF e il collegamento con una parte di sé che desiderano intensamente sopprimere, altri si sono dichiarati

disinteressati a tale opzione. Coloro che hanno già effettuato l'isterectomia, invece, non hanno particolarmente esplicitato i motivi della propria scelta di non crioconservare i gameti, lasciando intuire che la volontà di operarsi potrebbe essere stata guidata da un misto di coerenza con il proprio ideale di genere maschile e disinteresse per le possibilità di riproduzione biologica. Nello specifico, la possibile ripresa delle mestruazioni è la conseguenza più temuta, insieme ad altri possibili effetti di parziale femminilizzazione del corpo, ed è coerente con quanto già descritto in altre ricerche (Ainsworth, Allyse & Khan, 2020; Armuand et al., 2017). Questa possibilità è ritenuta ancora più indesiderabile allo stato attuale, in cui sono già stati ottenuti dei cambiamenti fenotipici consistenti tali che un parziale reversione potrebbe suscitare una sensazione di ricaduta nella condizione di sofferenza disforica precedente la GAHT (Gender-Affirming Hormone Therapy). Chi invece ha già passato la soglia dei quarant'anni ha deciso di non considerare la crioconservazione perché non la ritiene adatta a sé per l'età e le scelte di vita che ha compiuto, accennando solamente alla potenziale disforia che gli interventi di PF potrebbero nel caso provocare.

Il costo delle procedure per l'ottenimento e il mantenimento in crioconservazione degli ovuli non è considerato tra i deterrenti al processo di PF, diversamente dall'insistenza con cui questo aspetto è rimarcato in letteratura (Defreyne et al. 2020; Coleman et al., 2012; Tornello, & Bos, 2017; Sterling & Garcia, 2020; Voultsov et al., 2021).

Può essere significativo notare che due ragazzi che si sono dichiarati disinteressati alle procedure di PF all'inizio del percorso e hanno convintamente intrapreso la GAHT, trovandosi in questa sede nell'occasione di riconsiderare le informazioni raccolte successivamente in merito, abbiano riletto a posteriori i propri comportamenti e approfondito le riflessioni in merito. Nel primo caso, uno dei ragazzi condivide i ragionamenti sulla paura dell'aumento della disforia e il volersi distaccare da aspetti femminili, sebbene siano considerazioni che al tempo dell'intervento chirurgico non avesse fatto esplicitamente. Nel secondo caso, l'intervistato dichiara che per prendere in considerazione l'opzione avrebbe avuto bisogno di essere guidato ad approfondire di più il discorso, che invece era stato affrontato in modo sbrigativo. Comunque, nessuno dei due mette in dubbio la scelta compiuta, e anche colui che si sofferma a considerare che, non avendo ancora fatto l'intervento chirurgico di isterectomia, sarebbe ancora nelle condizioni di poter accedere alla PF, esprime questo pensiero come possibilità puramente teorica che non si sente assolutamente di voler considerare in concreto per motivazioni di paura della disforia e incongruenza con la propria immagine di sé, concordemente con le preoccupazioni più diffuse tra i soggetti AFAB transgender in merito alla PF (Tornello & Bos, 2017; Defreyne et al., 2020).

Si nota trasversalmente che l'intervista svolta è stata per i partecipanti fonte di stimoli per riflettere anche su altre dimensioni. In primis, ha permesso loro di sviluppare delle considerazioni sulla

tematica della genitorialità in senso ampio e poter esprimere le proprie considerazioni -qualcuno anche rivendicazioni- su un argomento che hanno dimostrato essere per loro in qualche modo significativo già decidendo di partecipare con interesse all'intervista. Una persona che mostra in modo particolarmente marcato un cambiamento consistente nel corso del colloquio è Bianca: partendo da una posizione di avversione alla gravidanza e vicinanza al modello delle famiglie adottive o affidatarie, si spinge anche ad ipotizzare di poter sostenere lei stessa un parto, seppur molto lontanamente. È questo l'unico caso di considerazioni sulla gestazione in prima persona che non siano un completo rifiuto ma che contempli una seppur timida apertura. Si tratta di un pensiero formulato al momento, un gesto che farebbe per il suo compagno e non per se stessa, e che ritiene altamente improbabile. È significativo però notare come avere la possibilità di sviluppare un discorso sulla genitorialità dia adito all'apertura di nuovi scenari e prospettive. Si può intuire anche che questo aspetto è parte di un più generale periodo di rielaborazione di alcuni aspetti della propria identità personale in cui Bianca si dichiara, trovandosi in una fase di cambiamento tra la fine del servizio civile, la ricerca di un lavoro e l'inizio di una convivenza con il primo partner romantico che abbia mai avuto. A ciò si può collegare anche la sua accresciuta autostima e il miglioramento della propria relazione con se stessa, in particolare a partire dal miglioramento del rapporto con la propria immagine corporea, dall'aver imparato a riconoscere il proprio valore e sentirsi apprezzata dalla persona con cui vive. In sede di intervista è poco sottolineata la sua scelta di crioconservazione gli ovuli, affermata nel questionario, poiché Bianca si limita a riportare in modo tangenziale il fatto che con il proprio partner abbia considerato la possibilità di raccogliere i loro gameti per poi cercare una donna che possa portare avanti la gravidanza per loro. In questo caso, come nel racconto di Alessandro, emergono delle contraddizioni tra le ripetute espressioni di incertezza, dubbi sul futuro e la volontà di non divenire genitori in breve tempo, da una parte, e le affermazioni sulle modalità prescelte con cui poterlo diventare, dall'altra. Si nota un livello di ambivalenza trasversale alle varie storie personali riportate, in cui dichiarazioni sull'intenzione di avere dei figli si alternano a considerazioni sull'assenza di una progettualità in questa direzione. Ad esempio, Alessandro racconta di aver scelto insieme alla compagna l'inseminazione artificiale come modalità ideale per diventare genitori e allo stesso tempo di sapere solo in termini generali in cosa consista. Si può ipotizzare che l'ambivalenza sia dovuta alla presenza di un desiderio che inizia ad essere espresso ma non è ancora stato elaborato in tutte le sue implicazioni, forse perché nella fase di vita di alcuni si tratta di un aspetto in divenire, forse perché la sua espressione trova degli ostacoli a causa della ciseteronormatività interiorizzata e la scarsità di modelli in cui potersi identificare. Questa possibile presenza di fattori inconsci che potrebbero condizionare le ipotesi e le scelte future è un'ulteriore

motivazione a sostegno dell'importanza di dedicare uno spazio di approfondimento clinico specifico alla tematica del possibile desiderio di genitorialità.

L'idea di avere figli emerge in alcuni casi già all'inizio della relazione come elemento di confronto tra i partner e sembra una questione sulla quale le coppie si sentono sospinte a trovare un equilibrio quantomeno minimo d'intenti. Per i ragazzi più giovani consiste in una base di progettualità non saldamente definita ma condivisa proprio in questo suo essere in divenire, e che al momento presente fornisce delle coordinate di possibile sviluppo per il loro rapporto, nel quale non si prevede l'entrata di un terzo a breve. Che il discorso sulla genitorialità sia catalizzato dall'essere in una relazione di coppia è testimoniato anche dalla maggior parte degli altri partecipanti, che ne hanno discusso con i partner attuali o precedenti, se avuti, tranne nel caso particolare di Dario, che sembra non essersi mai permesso, non aver mai osato o non aver mai voluto farlo per il tipo di legami che ha tessuto con le persone con cui ha convissuto in precedenza, e forse anche per il suo ideale familiare ceteronormativo, all'interno del quale sembra non sapersi posizionare personalmente. Sebbene l'unica persona che riferisce di non aver mai avuto relazioni di coppia sia anche quella che si dichiara meno interessata ad essere genitore, il pensiero di avere dei figli è formulato anche dagli altri giovani ragazzi, al di fuori di una relazione specifica. Essi manifestano per lo più il desiderio e lo slancio personale, che si direziona comunque verso la ricerca delle condizioni di vita per realizzarlo, tra cui spicca il riferimento ad un eventuale partner, ritenuto implicitamente essenziale per la costruzione di una dimensione familiare. Pur avendo ragionato inizialmente sempre all'interno della dimensione di coppia in cui si trova attualmente, invece, Alessandro arriva a formulare l'ipotesi di poter avere dei figli anche indipendentemente dal legame con la ragazza attuale o dall'aver una compagna in generale. Tale dichiarazione, oltre ad essere un altro esempio di riflessioni innovative per il soggetto nate durante l'intervista, esprime l'ambivalenza tra le opinioni possedute in precedenza e alcune considerazioni emergenti in uno spazio appositamente dedicato all'esplorazione del tema della genitorialità. La possibilità di una famiglia monoparentale è contemplata anche da Bianca, l'unica che riferisca apertamente di essersi immaginata prima come genitore single che in coppia.

Al momento di descrivere "chi è per te un genitore?" tutti i partecipanti hanno risposto con un focus mirato sulla dimensione relazionale con il figlio o la figlia; non c'è alcun riferimento alla condivisione del compito genitoriale con un partner né alla dimensione familiare o intergenerazionale più allargata. L'aspetto preponderante del ruolo genitoriale per gli intervistati si discosta dal "generare" a cui anche etimologicamente tale termine è legato, per incentrarsi sul prendersi cura amorevolmente e educare un altro individuo con la sua preziosità e autonomia. Perciò, in questa visione, quella genitore-figlio non è una relazione che si assume per diritto di nascita e connaturata all'esserci dei soggetti, ma che si costruisce con un passaggio decisionale di impegno e una serie di atti di cura che

strutturano quindi un legame emotivo intimo, svincolato dalla base biologica. Una generatività che non è connessa quindi con il momento iniziale della vita ma la accompagna nel suo fiorire successivo. Mentre l'attenzione alla qualità affettiva è ben argomentata, anche con un esempio di stile educativo e una descrizione dell'atteggiamento che il caregiver dovrebbe avere per promuovere un attaccamento sicuro (Bowlby, 1989), l'aspetto etico, altra dimensione tipica del ruolo genitoriale (Scabini e Cigoli, 2012), sembra assente. Il fatto che un genitore abbia anche funzione di modello e di riferimento valoriale nei confronti dei figli è stato infatti considerato solo indirettamente nei due casi in cui i partecipanti hanno specificato che si sarebbero preoccupati di non ripetere alcuni atteggiamenti che trovano criticabili nei propri genitori. Questa preponderanza della dimensione affettiva e di cura può forse essere motivata anche dalla prospettiva in prima persona da cui parte la descrizione dell'ideale genitoriale: mettendo in gioco se stesso ciascuno ha espresso come si immagina vorrebbe e saprebbe essere genitore, quindi, anche con gli atteggiamenti che tendenzialmente gli sono più propri. Vista la difficoltà a confrontarsi con gli aspetti normativi a livello sociale e le dichiarate prese di distanza da alcuni schemi culturalmente diffusi, non stupisce la valorizzazione degli elementi legati alla sensibilità individuale e allo sviluppo personale e allo stesso tempo la ritrosia nel proporre i modelli più socialmente diffusi e strutturati. La rappresentazione cis-eteronormativa della famiglia è comunque la cornice a cui tutti fanno più o meno esplicito riferimento, qualcuno indirizzandovi delle forti critiche, qualcun altro assumendola come ideale personale interiorizzato. Da notare che le due persone che si contrappongono maggiormente su questo aspetto sono i due adulti, esponenti di una generazione che da una parte si è fatta promotrice di molte lotte per rivendicare la visibilità della comunità LGBTQUIA+, dall'altra è cresciuta in una società ancor poco permeata dalla molteplicità delle forme relazionali oggi più facilmente proposte. Tuttavia, la relazione esperita dai soggetti con le proprie figure genitoriali, da qualcuno menzionata e che potrebbe permettere di comprendere in modo più significativo alcune dinamiche personali, non è stata approfondita in questa sede, non essendo un colloquio clinico.

Inoltre, dal confronto tra i due gruppi di soggetti di età diverse si può notare che l'opzione di diventare genitori è una possibile tappa di vita con cui ciascuno si confronta, almeno tangenzialmente, durante il proprio percorso di sviluppo personale: chi attualmente ha dai venti ai venticinque/ventisei anni sta iniziando a contemplare questo possibile scenario, sentendolo comunque lontano; chi invece ha passato i quaranta, anche se da poco, sente ormai superata l'età adatta ed ha accantonato definitivamente l'idea di poter avere dei figli propri. Come si concilia il fatto che nel ciclo di vita attuale l'essere genitore diventa seriamente oggetto di interesse e riflessione verso i trent'anni con il fatto che sono sempre più numerosi ragazzi che si avviano al percorso di transizione alla fine dell'adolescenza, e che quindi si trovano a dover fare delle scelte a lungo termine già allora? Non

solo, com'è noto, essi si trovano a dover negoziare tra l'iniziare la GAHT o posticiparla per dare spazio a degli interventi di PF (Moseson, Fix, Hastings, Stoeffler, Lunn, Flentje, Obedin-Maliver et al. 2020), ma spesso questa non è una scelta fattibile tra due opzioni presentate in modo chiaro e di cui si è ben consapevoli. Ciò può essere dovuto sia all'atteggiamento dei professionisti, che tendono ad informare sulle possibilità di crioconservazione in base all'età e agli interessi legati alla situazione di vita attuale della persona, sia al tipo di informazioni che la persona ha raccolto per altre vie più informali, sia per la dose di indefinitezza che avvolge la condizione giovanile, sia per la difficoltà di prevedere gli sviluppi effettivi del processo di transizione. Vista l'alta variabilità individuale delle scelte in merito, delle risposte fisiologiche e i limiti della ricerca attuale rispetto agli esiti a lungo termine, gli elementi da considerare per una valutazione preventiva davvero appropriata rischiano di esulare le capacità di comprensione, pianificazione e proiezione a lungo termine di chi si vi si affaccia, nonché le conoscenze sue e degli operatori che affiancano il soggetto in questa fase.

Nella cornice teorica del ciclo di vita, il periodo di transizione, con il protrarsi dell'indefinitezza identitaria, della sensazione di inadeguatezza del proprio corpo, dell'esplorazione della dimensione sessuale e affettiva, può essere paragonato ad un proseguo o ad una "nuova adolescenza". Pertanto, sembra comprensibile che per alcuni anche il desiderio di genitorialità, generalmente tipico della prima età adulta (Erikson, 2008), possa insorgere e strutturarsi più tardivamente, avendo dilazionato con l'approfondimento della questione dell'identità di genere il superamento delle sfide dello stadio evolutivo precedente.

Diversamente da quanto presente in letteratura (ad esempio: Nahata, Campo-Engelstein, Tishelman, Quinn, & Lantos, 2018), invece, l'influenza dei genitori sulle decisioni dei figli in materia di PF non sembra essere presente. Nemmeno il supporto dei pari sembra avere il peso rilevante che invece ha avuto per altri (Birenbaum-Carmeli e colleghi, 2021), e il confronto con un gruppo di riferimento è citato solo in qualche caso nella forma di un'associazione per l'assistenza a persone transgender, da cui però i partecipanti riferiscono di non trarre particolare giovamento.

Anche la preoccupazione per il misconoscimento della propria identità di genere da parte dei professionisti sanitari è meno diffusa che in altri studi, in cui la paura di subire *misgendering* è molto presente (Goldberg, Downing, Moyer, 2012; Armuand, Dhejne, Olofsson, Stefenson, & Rodriguez-Wallber, 2020). Rispetto alle osservazioni sui trattamenti ricevuti durante il processo medicalizzato di transizione, è degno di nota che Alessandro si è trovato infastidito dalla visione binaria dell'identità di genere della psichiatra da cui era seguito e Dario ha faticato ad accedere ad un consulto endocrinologico specifico per un iniziale rifiuto e un errore nella somministrazione ormonale proposta dai medici precedenti. Essendosi rivolti a centri specializzati, il tipo di assistenza tendenzialmente non è stata discriminante rispetto al genere e ai cambiamenti affermativi intrapresi,

come invece è stato in altri studi (Hoffkling, Obedin-Maliver & Sevelius, 2017; James-Abra e colleghi, 2015). Si può ipotizzare anche che, essendo passato ormai qualche anno dallo svolgimento di tali indagini, la differenza di atteggiamento in coloro che si occupano di questioni di identità di genere sia evoluto e si sia diffusa maggiormente una pratica e un linguaggio concorde con le aspettative dei pazienti trans. Il fornire un consulto informativo specifico sugli aspetti riguardanti la fertilità e connessi con il percorso medicalizzato di transizione sembra non essere però ancora prassi da parte degli operatori che si occupano di accompagnare i soggetti nell'iniziare ad affrontare la questione della propria identità di genere non conforme. Questo ruolo di supporto potrebbe essere svolto primariamente da psicologi e psicoterapeuti, il che permetterebbe di trattare con più profondità la tematica della fertilità e della genitorialità nel suo complesso di significati, nonché i risvolti psicologici connessi con lo stato di infertilità e la possibilità di crioconservazione degli ovuli, oltrepassando la tendenza diffusa in alcuni reparti a ridurre il potenziale disagio associato alla conservazione della fertilità ai soli aspetti medici, per lo più ignorando di fatto quelli psicologici (Riggs et al., 2020).

La delicatezza e il peso decisivo della posizione del medico che segue i soggetti in transizione si evidenzia anche mettendo a confronto ciò che raccontano i partecipanti al presente studio e le voci espresse in altre ricerche (ad esempio: Riggs & Bartholomaeus, 2020): nel primo caso, alcuni di loro riferiscono che non avrebbero scelto di effettuare l'intervento di isterectomia, ma di averlo pianificato in seguito a consigli o direttive dell'endocrinologo, mentre nel secondo l'atteggiamento del personale sanitario era invece percepito come incoraggiante a considerare la crioconservazione dei gameti per non precludersi una possibilità futura.

Sarebbe tuttavia limitante considerare le tecniche di PF senza le loro seguenti implicazioni, ovvero la presenza di ovociti pronti per essere potenzialmente fecondati, per dare così origine ad un nuovo individuo. Così, direttamente connesse con la crioconservazione, si aprono i possibili scenari di una gravidanza propria o altrui. Si può immaginare quindi che il rifiuto della PF possa essere dovuto anche al legame così stretto con una prospettiva -quella della gestazione- che i soggetti ritengono altamente indesiderabile per sé e di difficile accesso oltre che connessa a complesse questioni etiche se fatta condurre ad altri. Il fatto che l'assenza dell'intenzione di portare avanti una gravidanza sia il motivo principale per scegliere di non avvalersi della PF è avvalorato anche da altre ricerche (Riggs & Bartholomaeus, 2018; Voultsov et al., 2021). Globalmente, c'è una netta propensione per l'adozione, anch'essa in realtà non priva di complicazioni ma che, almeno sul piano dell'immaginario, sembra meno invasiva, non coinvolgendo la dimensione fisica già molto implicata nei cambiamenti in corso. Tuttavia, le dichiarazioni sull'intenzione di diventare genitori attraverso l'adozione sembrano guidate da un certo ottimismo di fondo, o forse mancano di essere connesse con

una valutazione della fattibilità pratica, visti i requisiti di coppia da soddisfare, l'alto numero di richieste rispetto al numero di bambini in stato di adottabilità a livello nazionale e le difficoltà a livello internazionale.

Si conferma che il rifiuto per la gravidanza è motivato primariamente dal sentirla contraria alla propria identità e riattivante dei vissuti di sofferenza legata all'incongruenza tra la propria immagine corporea e la propria attribuzione di genere, come già anticipato da altri studi (Defreyne *et al.*, 2020; Armuand, Dhejne, Olofsson, & Rodriguez-Wallberg, 2017), ma, nonostante ciò, più volte viene dichiarato che in linea teorica non si vuole escludere a priori che un ragazzo transgender possa essere gestante. Queste affermazioni esplicite, affiancate a quelle che sostengono che "la gravidanza non è solo per donne", manifestano la volontà di prendere le distanze dal modello di femminilità considerato stereotipico, mentre a livello implicito e simbolico i riferimenti al periodo della "maternità" (gestazione, parto e post parto) restano fortemente connotati femminilmente. L'impensabilità di questa dimensione si rivela nel fatto che tutti i discorsi dei partecipanti che si identificano nel genere maschile non riescono ad andare oltre il pensiero della gravidanza, subito respinto.

Solo Bianca si spinge a formulare dei ragionamenti ipotetici fino al momento del parto, che è l'aspetto che più la spaventa. Se già immaginarsi "con il pancione" è per i più impossibile, nessuno sembra riuscire ad arrivare a considerare il periodo post parto e la fase dell'allattamento. In particolare, Bianca, nello specificare che in caso dovesse avere dei bambini li preferirebbe «che già parlano», potrebbe implicitamente esprimere la volontà di scavalcare il periodo della primissima infanzia, caratterizzato da un forte contatto fisico che sostiene il rapporto simbiotico madre-bambino e dà inizio alla costruzione del legame di attaccamento.

Ancor prima di tutti questi passaggi, già la presenza delle mestruazioni è vissuta con intensa sofferenza, repulsione e tentativi di distacco, che sospingono l'intento a sopprimerle il più presto possibile. C'è chi la racconta con intenso coinvolgimento, chi vi si riferisce con ironia, chi essendo già intervenuto chirurgicamente guarda con distacco a quel processo fisiologico che può essere anche doloroso dal punto di vista fisico, ma soprattutto ha un chiaro legame con la sfera della sessualità e una forte connotazione simbolica, da cui i soggetti transgender desiderano prendere le distanze. Si può notare come questo intento primario condizioni poi in modo più o meno esplicito tutte le scelte successive che fanno riferimento agli aspetti genitali e riproduttivi.

5.1.1 Punti di forza, limiti e proposte future

Dedicare uno spazio all'ascolto dei vissuti personali sul tema della genitorialità biologica per persone transgender è una completa novità per la ricerca italiana e un'occasione per ampliare dei discorsi che nel panorama internazionale sono stati accennati, senza che però vi siano stati studi specificatamente focalizzati sul desiderio di genitorialità biologica e delle tecniche di preservazione della fertilità. È

particolarmente importante, inoltre, che queste questioni siano state affrontate dal punto di vista psicologico, essendo il campo della salute riproduttiva delle persone transgender attualmente più indagato in ricerche di ambito medico. In questo studio invece è stata privilegiata l'esperienza in prima persona, che ha permesso di approfondire in modo appropriato le tematiche in questione e soprattutto di far emergere l'unicità dei singoli percorsi e la complessità degli elementi che si combinano per giungere alle scelte del caso. Trasversalmente è stato così possibile poi rintracciare alcuni elementi di continuità e similitudini.

Per quanto, infatti, nonostante il campione ristretto limiti la generalizzabilità dei risultati, non garantendo la rappresentatività rispetto alla popolazione globale, è possibile trarre alcune conclusioni significative. Questo limite, diffuso nelle ricerche sulle tematiche LGBTQIA+, nel presente studio potrebbe essere riconducibile anche al fatto che il focus è stato posto su un aspetto molto specifico all'interno di un panorama già di minoranza numerica rispetto alla popolazione generale. In aggiunta, il desiderio di genitorialità riportato potrebbe essere sovra rappresentato a causa della maggiore attrattiva della ricerca per persone già in qualche misura interessate all'argomento, o quantomeno disponibili a confrontarsi, il che ha reso più difficile raccogliere delle adesioni da parte di chi non si sente toccato dalla questione, o dall'altro canto da chi la vive maggiormente come irrisolta personalmente e teme che l'indagine su temi così delicati e personali possa intensificare la propria sofferenza o generare maggiore instabilità.

Tuttavia, anche se nella ricerca in corso il campione raccolto è comunque più numeroso di quello considerato nel presente elaborato, la scelta di focalizzarsi su un numero circoscritto di persone è dovuta al metodo di analisi che si è voluto adottare. Con l'approccio qualitativo dell'analisi tematica, infatti, è stato possibile entrare in profondità nelle esperienze e cogliere le sfumature delle riflessioni proposte, ottenendo così molte più informazioni.

Un altro aspetto che rinforza la qualità della ricerca è l'aver assunto una prospettiva che cerca di cogliere lo sviluppo lungo il ciclo di vita della persona dei suoi pensieri, fantasie ed esperienze. Andando al di là della situazione attuale, è stato chiesto, infatti, di descrivere lo sviluppo del desiderio di genitorialità e i passaggi decisionali rispetto alla fertilità svolti in passato, nonché le prospettive future in relazione a questo e altri aspetti della vita. Inoltre, non si è guardato semplicemente al singolo individuo ma si è tentato di raccogliere dei dati rispetto alla sua sfera relazionale, dando spazio alla dimensione di coppia dell'eventuale relazione romantica presente o di quelle passate, se avute. In questa direzione, ulteriori ricerche potrebbero includere un'ottica ancora più allargata strutturando delle interviste di coppia. La prospettiva singola invece si potrebbe ampliare indagando il soggetto nella dimensione transgenerazionale e intergenerazionale, tipica del familiare (Scabini e Cigoli, 2012). Potrebbe essere interessante includere il confronto con i genitori e le rispettive aspirazioni, sia

nel caso di quesiti specifici come la crioconservazione dei gameti che per altre scelte a lungo termine. Sarebbe già significativo osservare se e che spazio, che disponibilità c'è a dialogare con essi su tale argomento o altre questioni critiche. Altri temi emergenti in modo tangenziale in questo studio e che meriterebbero maggiore attenzione sono il ruolo delle persone vicine e l'eventuale presenza di una rete di sostegno, sia di pari che nei servizi sanitari e di supporto sociale. Sebbene sia stato proposto almeno in parte il quesito sull'effetto che potrebbe avere sugli eventuali figli il fatto che uno dei genitori sia transessuale, con questa impostazione di ricerca non è possibile andare oltre la proiezione futura effettuata dal potenziale genitore, che per lo più conferma il timore che i propri figli potrebbero subire il peso di discriminazioni e pregiudizi sociali, argomento già attenzionato da altri studi (Goldberg, Downing, Moyer, 2012; Voultos *et al.* 2021). La domanda sul come poter investigare propriamente quali conseguenze questa situazione potrebbe avere per i figli, andando oltre la prospettiva sopracitata, resta aperta. Invece, le riflessioni sulla questione della crioconservazione dei gameti, uno dei maggiori contributi innovati di questo studio, si potrebbero ulteriormente ampliare soffermandosi maggiormente su come i soggetti si sono informati, quali ragionamenti hanno fatto e che valutazioni hanno portato alla scelta di effettuarla o meno.

Sebbene nelle intenzioni di ricerca ci fosse il progetto di considerare anche lo specifico della situazione di persone che si dichiarano non binarie, in questa sede è possibile osservare delle differenze significative tra la prospettiva di Bianca e quella del resto dei partecipanti, tuttavia è insufficiente per poter trarre delle conclusioni generalizzabili per le persone *non binary*.

5.2 Conclusioni

Pur avendo come focus primario il desiderio e le considerazioni intorno alle possibilità di genitorialità biologica per persone transgender, le tematiche affiorate nell'indagine effettuata sono risultate spaziate ben oltre, includendo tra le diverse modalità con cui voler diventare genitori quelle dell'adozione e dell'affido. È emerso un rapporto di ambivalenza tra il desiderio di avere un figlio e l'eventualità che questo possa realizzarsi, aspetti ascritti ai due domini differenti della motivazione personale e delle condizioni di realizzabilità circostanziali, di cui i soggetti sono almeno in parte consapevoli e su cui si interrogano, esprimendo scelte fatte, intenzioni future, impedimenti paventati e perplessità etiche. La maggior parte delle riflessioni condivise sembrano esprimere un desiderio allo stato embrionale, forse non tanto attribuibile al suo essere recente, trattandosi di una tematica portata avanti dai più per anni, quanto al loro non essersi spinti in profondità sulla questione ed essere rimasti su un piano immaginativo. Tuttavia, questo aspetto, per essere confermato, avrebbe bisogno di essere sviscerato nello spazio di più colloqui, in cui potrebbe essere espresso anche maggiormente.

Tutta la sfera del coinvolgimento biologico personale risulta molto poco valorizzata, se non direttamente avversata, a partire dalla vigorosa volontà di fermare il ciclo mestruale, effetto che condiziona anche molto i ragionamenti intorno agli interventi di preservazione della fertilità. Ritenendo le procedure invasive, in contrasto con la somministrazione ormonale in procinto di avvio o in corso, e incoerenti con la propria attribuzione di genere, tutti i partecipanti ad eccezione di Bianca riferiscono di aver scelto convintamente di non crioconservazione i propri ovuli. Una motivazione ulteriore è anche il fatto di ritenere altamente improbabile il loro eventuale successivo utilizzo, visto che per tutti la possibilità di gestare in prima persona è esclusa e l'interesse a mantenere un legame biologico con il proprio eventuale figlio, non essendo presente, non ha la forza di giustificare un intervento così impegnativo. Diventare genitori portando avanti personalmente una gravidanza è considerato impensabile per tutti coloro che si identificano nel genere maschile, e considerata solo come possibilità estremamente remota da Bianca, persona che si dichiara *non binary* e sperimenta in misura minore la disforia di genere. Nel complesso, è enfatizzata l'importanza di assumere un ruolo genitoriale per chi è già nato ma si ritrova senza famiglia, e si manifesta la volontà di prendersi cura di altri, che possono essere anche i figli delle compagne o degli animali domestici. La genitorialità viene quindi a perdere il connotato specifico della generatività a partire da un legame biologico per riassumere diversi atteggiamenti di costruzione di una relazione affettiva e educativa in senso lato. Se attualmente la tematica generale delle possibilità di filiazione e la fertilità/infertilità nello specifico sembrano essere poco presenti nei percorsi psicologici specifici di accompagnamento per persone transgender, si auspica che in futuro potrà esservi dedicato più ampio spazio per approfondire eventuali interessi e motivazioni a sostegno di scelte più consapevoli. Essendo la richiesta di essere informati in modo appropriato e approfondito sia sulle ricadute dell'intervento di affermazione di genere sulla fertilità che sulle possibilità di crioconservazione una delle istanze sostenute più a gran voce da tutti gli intervistati, non si può non rimarcare l'importanza di formare più figure che si dedichino con competenza specifica alla salute riproduttiva delle persone sia in procinto di intraprendere una scelta di affermazione di genere che durante tale processo.

Esulando anche dalla tematica al centro del discorso, ripetutamente gli intervistati sottolineano l'importanza di fare un percorso psicologico precedente l'eventuale scelta di accedere alla consultazione endocrinologica più lungo e approfondito di quello proposto come standard minimo. Questo perché le ombre del percorso di GAHT che eventualmente si andrebbe ad intraprendere non sono poche e soprattutto perché ritengono fondamentale affrontare tutte le questioni personali irrisolte prima, così da poter avere la necessaria consapevolezza per procedere dal punto di vista medico.

Un altro aspetto che merita particolare attenzione è la differenza tra coloro che effettuano una transizione tra i due generi e chi invece si definisce come *non binary*. Sebbene nel presente studio sia prematuro trarre delle conclusioni in proposito, la questione si potrebbe sviluppare in futuro.

Infine, è stato particolarmente prezioso poter ascoltare come le varie sfaccettature dell'identità personale di ciascuno degli individui si sviluppino e assemblino in un modo che per alcune caratteristiche può anche essere paragonabile, ma è sempre unico nel suo complesso lungo le fasi di sviluppo del ciclo di vita e nelle dinamiche relazionali che ciascuno si trova a vivere.

Allegato A

	Alessandro	Bianca	Christian	Dario	Enrico	Fernando	Gianluca	Lorenzo
terapia ormonale	sì	No	Sì	Sì	Sì	sì	sì	No
cambio anagrafico	Sì, non concluso	No	Sì, non concluso	Sì, concluso	Sì, concluso	No	Sì, concluso	Sì, non concluso
Interventi chirurgici fatti	No	No	No	No	Isterectomia mastectomia	No	Mastectomia isterectomia	No
Prenderesti in considerazione l'ipotesi di criopreservare i tuoi ovuli?	Probabilmente no	Absolutamente sì	Probabilmente no	Probabilmente no	Absolutamente no	Probabilmente no	Probabilmente no	Absolutamente no
Prenderesti in considerazione l'ipotesi di preservare le strutture fisiche atte al concepimento?	Probabilmente no	Probabilmente sì	Probabilmente no	Probabilmente no	Absolutamente no	Absolutamente no	Probabilmente no	Absolutamente no
Hai già scelto se preservare le strutture fisiche atte al concepimento?	Sì, ho scelto che NON lo farò	Sì, ho scelto che lo farò	Sì, ho scelto che NON lo farò	Sì, ho scelto che NON lo farò	Sì, ho scelto che NON lo farò	Sì, ho scelto che NON lo farò	No	Sì, ho scelto che NON lo farò
Hai mai pensato di diventare genitore?	5	4	5	4	5	4	5	2
in che momento/i rispetto al percorso di affermazione di genere?	dopo	Prima, durante	Dopo	Prima	Prima, durante	Prima, Durante, Dopo	Prima, Durante, Dopo	Prima, durante
Hai mai desiderato di avere un figlio?	5	3	5	4	5	1	5	2
Se sì, come desidereresti che questo avvenga?	Procreazione medicalmente assistita, Adozione	Gestazione per altri, Adozione, Affidamento	Procreazione medicalmente assistita, Adozione	Gestazione per altri, Adozione, Affidamento	Adozione	Non ci ho pensato, Adozione, Affidamento	Adozione, affidamento	Adozione, affidamento
Hai mai desiderato di avere un figlio biologicamente tuo?	3	3	3	1	5	3	1	2

Hai mai contemplato l'ipotesi di portare avanti una gravidanza?	1	2	1	1	1	1		1
Hai mai discusso l'ipotesi di avere un figlio con una partner?	5	5	5	1	5	4	3	Non applicabile
Se sì, in che momento/i rispetto al percorso di affermazione di genere?	Dopo	Durante	Dopo		Prima	Prima, Durante, Dopo	Prima, Durante, Dopo	
Penso di essere informatə sulle possibilità di genitorialità biologica per persone transgender	5	3	5	2	5	2	4	5
La professionista che mi seguono nel percorso di affermazione di genere: - Mi hanno informatə sulle possibilità di PF	Sì		Sì	No	No	In parte	Sì	sì
- Mi hanno informatə sui possibili esiti e procedure del processo di PF	In parte		In parte	No	No	In parte	In parte	Sì
- Mi hanno incoraggiatə ad intraprendere delle procedure PF	In parte		In parte	No	No	no	In parte	In parte
Penso che una gravidanza possa essere in conflitto con il mio percorso di affermazione di genere	5	3	5	1	5	5	5	5
Penso che potrei trovare difficile riprendere il percorso di affermazione di	5	1	5	3	3	5	5	5

genere dal punto di vista medico (es., assumendo una terapia ormonale) dopo averlo interrotto								
Se dovessi pensarmi in gravidanza, avrei paura... - Dell'assunzione di estrogeni	4	1	4	5	5	4	4	5
- Delle possibile ricadute per l'interruzione dell'assunzione di testosterone	5	1	5	5	5	5	5	5
- Delle procedure mediche di PF	3	1	1	5	5	3	3	5
Dell'inseminazione e artificiale	3	1	1	5	5	3	3	1
- Delle potenziali ricadute negative del testosterone sul feto	3	1	2	5	3	3	3	4
- Delle potenziali complicazioni durante il parto	5	5	2	5	3	5	5	4
- Dei possibili vissuti disforici	5	2	5	5	5	5	5	5
Una possibile gravidanza e parto cambierebbero la mia percezione di me stessa	5	5	5	4	5	5	5	2
Durante una possibile gravidanza penso che mi sentirei a mio agio nel mio corpo	1	3	1	1	1	1	1	1
Penso che durante una possibile gravidanza le modificazioni corporee connesse mi provocherebbero vissuti disforici	5	2	5	5	5	5	5	5

Bibliografia

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Fertility preservation among transgender individuals. *Fertility and Sterility*, 110(4), e281.
- Ainsworth, A. J., Allyse, M., & Khan, Z. (2020, April). Fertility preservation for transgender individuals: a review. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 95, No. 4, pp. 784-792). Elsevier.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (Vol. 3). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (Vol. 4, text revised). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Andersen, C. Y., Kelsey, T., Mamsen, L. S., & Vuong, L. N. (2020). Shortcomings of an unphysiological triggering of oocyte maturation using human chorionic gonadotropin. *Fertility and Sterility*, 114(2), 200-208.
- Ard, K. L., & Makadon, H. J. (2012). Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities. *Boston, MA: The Fenway Institute*.
- Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383-390.
- Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: a qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 2633494120911036.
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., ... & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: a cross-sectional multi-center study. *The journal of sexual medicine*, 15(5), 757-767.
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. *Human reproduction update*, 25(6), 694-716.
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2020). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health & Sexuality*, 22(2), 129-145.
- Batty, D. (2004). Sex change are not effective, say researchers. *The Guardian*, 30. <https://www.theguardian.com/society/2004/jul/30/health.mentalhealth>; Annette Kuhn et al., "Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism," *Fertility and Sterility* 92(5):1685-1689 (2009).
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., ... & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5).
- Belliemi, C., & Marchettini, N. (2008). Una gravidanza ecologica. *SEF Editore. Vol Florence, Italy, 2008*, 93-9.

- Besse, M., Lampe, N. M., & Mann, E. S. (2020). Focus: Sex & Reproduction: Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *The Yale journal of biology and medicine*, 93(4), 517.
- Betzold, C. M., Hoover, K. L., & Snyder, C. L. (2004). Delayed lactogenesis II: a comparison of four cases. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 132-137.
- Birenbaum-Carmeli, D., Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2021). Transgender men's fertility preservation: experiences, social support, and the quest for genetic parenthood. *Culture, Health & Sexuality*, 23(7), 945-960.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura* (Vol. 43). Cortina, Milano.
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., & Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: a review of the literature. *Maturitas*, 128, 17-21.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brik, T., Vrouenraets, L. J., Schagen, S. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 589-593.
- Butler, G., De Graaf, N., Wren, B., & Carmichael, P. (2018). Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Archives of disease in childhood*, 103(7), 631-636.
- Carlsen, S. M., Jacobsen, G., & Romundstad, P. (2006). Maternal testosterone levels during pregnancy are associated with offspring size at birth. *European journal of endocrinology*, 155(2), 365-370.
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA journal of ethics*, 18(11), 1147-1155.
- Chen, D., & Simons, L. (2018). Ethical considerations in fertility preservation for transgender youth: A case illustration. *Clinical practice in pediatric psychology*, 6(1), 93.
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT health*, 6(3), 107-115.
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 120-123.
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of disease in childhood*, 104(8), 739-744.
- Churcher Clarke, A., & Spiliadis, A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 338-352.
- Cigoli, V., & Scabini, E. (2017). *Generatività: la natura del familiare e il suo vincolo*.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 499-513.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165-232.
- Costa, R., & Colizzi, M. (2016). The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1953.

- Crapanzano, A., Carpiniello, B., & Pinna, F. (2021). Approaches to people with gender dysphoria: from the Italian psychiatric model to the emergent model based on informed consent. *Rivista di psichiatria*, 56(2), 120-128.
- Cretella, M. (2021). Deconstructing Transgender Pediatrics. *The Academy Review of the John Paul II Academy for Human Life and the Family*, (no 1, June 2021).
- De Cuypere, G., TSjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., ... & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(6), 679-690.
- de Oliveira, J. M., Lopes, D., Costa, C. G., & Nogueira, C. (2012). Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale (LGBIS): Construct validation, sensitivity analyses and other psychometric properties. *The Spanish journal of psychology*, 15(1), 334-347
- De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112-119.
- De Sutter, P. (2001). Gender reassignment and assisted reproduction: present and future reproductive options for transsexual people. *Human Reproduction*, 16(4), 612-614.
- De Sutter, P., Verschoor, A., Hotimsky, A., & Kira, K. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. *International Journal of Transgenderism*.
- De Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*, 59(3), 301-320.
- De Wert, G., Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., Diedrich, K., ... & Pennings, G. (2014). ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Human reproduction*, 29(9), 1859-1865.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. R. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility*, 113(1), 149-157.
- Deutsch, M. B., Green, J., Keatley, J., Mayer, G., Hastings, J., & Hall, A. M. (2013). World professional association for transgender health EMR working group. Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the world professional association for transgender health EMR working group. *J Am Med Inform Assoc*, 20(4), 700-703.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885.
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387-396.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577.
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 62-69.
- Expósito-Campos, P., & D'Angelo, R. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, 9(11), e3951.
- Goldberg, A. E., Downing, J. B., & Moyer, A. M. (2012). Why parenthood, and why now? Gay men's motivations for pursuing parenthood. *Family relations*, 61(1), 157-174.

- Gong, D., Liu, Y. L., Zheng, Z., Tian, Y. F., & Li, Z. (2009). An overview on ethical issues about sperm donation. *Asian Journal of Andrology*, 11(6), 645.
- Gorton, R. N., & Jamie Buth, M. D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. Lyon-Martin Women's Health Services.
- Grant, J. M., Motter, L. A., & Tanis, J. (2011). Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey.
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics and gynecology*, 134(5), 959.
- Haines, B. A., Ajayi, A. A., & Boyd, H. (2014). Making trans parents visible: Intersectionality of trans and parenting identities. *Feminism & Psychology*, 24(2), 238-247.
- Haupt, C., Henke, M., Kutschmar, A., Hauser, B., Baldinger, S., Saenz, S. R., & Schreiber, G. (2020). Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Hembree, W. C. (2011). Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(4), 725-732.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-Van De Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., ... & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(2), 1-14.
- Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical practice in pediatric psychology*, 6(1), 84.
- Imrie, S., & Golombok, S. (2020). Impact of new family forms on parenting and child development. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2, 295-316.
- James-Abra, S., Tarasoff, L. A., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., ... & Ross, L. E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374.
- Jones, C. A., Reiter, L., & Greenblatt, E. (2016). Fertility preservation in transgender patients. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 76-82.
- Knickmeyer, R. C., & Baron-Cohen, S. (2006). Fetal testosterone and sex differences. *Early human development*, 82(12), 755-760.
- Kohda, T. (2013). Effects of embryonic manipulation and epigenetics. *Journal of human genetics*, 58(7), 416-420.
- Kyweluk, M. A., Sajwani, A., & Chen, D. (2018). Freezing for the future: transgender youth respond to medical fertility preservation. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 401-416.
- Lai, T. C., McDougall, R., Feldman, D., Elder, C. V., & Pang, K. C. (2020). Fertility counseling for transgender adolescents: a review. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 658-665.
- Lawlis, S. M., Donkin, H. R., Bates, J. R., Britto, M. T., & Conard, L. A. E. (2017). Health concerns of transgender and gender nonconforming youth and their parents upon presentation to a transgender clinic. *Journal of Adolescent Health*, 61(5), 642-648.

- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, *124*(6), 1120-1127.
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, *98*(4), 266-269.
- Loverro, G., Resta, L., Dellino, M., Cascarano, M. A., Loverro, M., & Mastrolia, S. A. (2016). Uterine and ovarian changes during testosterone administration in young female-to-male transsexuals. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, *55*(5), 686-691.
- Malmquist, A., Jonsson, L., Wikström, J., & Nieminen, K. (2019). Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*, *79*, 102551.
- Malmquist, A., Wikström, J., Jonsson, L., & Nieminen, K. (2021). How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbians, bisexual women and transgender people with a fear of childbirth. *Midwifery*, *93*, 102888.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3914-3923.
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: a review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 231-242.
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics & Gynecology*, *129*(6), 1031-1034.
- Meyer III, W. J. (2009). World professional association for transgender health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 127-132.
- Moravek, M. B. (2019). Fertility preservation options for transgender and gender-nonconforming individuals. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *31*(3), 170-176.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., ... & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, *22*(1-2), 30-41.
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *61*(1), 40-44.
- Nicolussi, A. (2017). La natura dell'umana generazione: una prospettiva giuridica.
- Norcini Pala, A., Dell'Amore, F., Steca, P., Clinton, L., Sandfort, T., & Rael, C. (2017). Validation of the Minority Stress Scale among Italian gay and bisexual men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, *4*(4), 451.
- Nordmarken, S., & Kelly, R. (2014). Limiting transgender health: Administrative violence and microaggressions in health care systems. *Health care disparities and the LGBT population*, 143-166.
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. J. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric medicine*, *9*(1), 4-8.
- OOCYTE, M. (2013). Mature oocyte cryopreservation: a guideline. *Fertility and Sterility*, *99*(1).
- Palazzani, L. (2017). Donne e tecnologie riproduttive. La natura dell'umana generazione. (p. 120). VP, Vita e pensiero.

- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Salfi, N. C. M., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., ... & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The journal of sexual medicine*, 6(11), 3193-3200.
- Persky, R. W., Gruschow, S. M., Sinaii, N., Carlson, C., Ginsberg, J. P., & Dowshen, N. L. (2020). Attitudes toward fertility preservation among transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 583-589.
- Pietrzak, A. (2012). The price of sperm: an economic analysis of the current regulations surrounding the gamete donation industry. *JL & Fam. Stud.*, 14, 121.
- Polderman, T. J., Kreukels, B. P., Irwig, M. S., Beach, L., Chan, Y. M., Derks, E. M., ... & Davis, L. K. (2018). The biological contributions to gender identity and gender diversity: bringing data to the table. *Behavior genetics*, 48(2), 95-108.
- Potdar, N., Gelbaya, T. A., & Nardo, L. G. (2014). Oocyte vitrification in the 21st century and post-warming fertility outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive biomedicine online*, 29(2), 159-176.
- Pyne, J., Bauer, G., & Bradley, K. (2015). Transphobia and other stressors impacting trans parents. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(2), 107-126.
- Rienzi, L., & Ubaldi, F. M. (2015). Oocyte versus embryo cryopreservation for fertility preservation in cancer patients: guaranteeing a women's autonomy. *J Assist Reprod Genet*, 32(8), 1195-6.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15(1), 1-10.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2020). Toward trans reproductive justice: a qualitative analysis of views on fertility preservation for Australian transgender and Non-binary people. *Journal of Social Issues*, 76(2), 314-337.
- Riggs, D. W., Power, J., & von Doussa, H. (2016). Parenting and Australian trans and gender diverse people: An exploratory survey. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 59-65.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy—A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773-1780.
- Rosen, M. P., Shen, S., Dobson, A. T., Rinaudo, P. F., McCulloch, C. E., & Cedars, M. I. (2008). A quantitative assessment of follicle size on oocyte developmental competence. *Fertility and sterility*, 90(3), 684-690.
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2012). *Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico*. Cortina.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Bochicchio, V., Valerio, P., & Frost, D. M. (2017). Psychometric characteristics of the Transgender Identity Survey in an Italian sample: A measure to assess positive and negative feelings towards transgender identity. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 53-65.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16(4), 499-516.
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrology and Urology*, 9(Suppl 2), S215.
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., ... & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender youth fertility attitudes questionnaire: measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of adolescent health*, 62(2), 128-135.

- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 36(3), 579-588.
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT health*, 4(2), 115-120.
- Tuckerman, E. M., Okon, M. A., Li, T. C., & Laird, S. M. (2000). Do androgens have a direct effect on endometrial function? An in vitro study. *Fertility and Sterility*, 74(4), 771-779.
- Voegtline, K. M., Costigan, K. A., Kivlighan, K. T., Henderson, J. L., & DiPietro, J. A. (2013). Sex-specific associations of maternal prenatal testosterone levels with birth weight and weight gain in infancy. *Journal of developmental origins of health and disease*, 4(4), 280-284.
- von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture, health & sexuality*, 17(9), 1119-1131.
- Voultsov, P., Zymvragou, C. E., Karakasi, M. V., & Pavlidis, P. (2021). A qualitative study examining transgender people's attitudes towards having a child to whom they are genetically related and pursuing fertility treatments in Greece. *BMC public health*, 21(1), 1-17.
- Wallien, M. S., Veenstra, R., Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Peer group status of gender dysphoric children: A sociometric study. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 553-560.
- Walton-Betancourth, S., Monti, E., Adu-Gyamfi, K., Roberts, A., Clarkson, K., Ward, S., & Butler, G. (2018, October). Fertility preservation for transgender adolescents: The parent. In *Endocrine Abstracts* (Vol. 58). Bioscientifica.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender health*, 1(1), 21-31.
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of sexual behavior*, 41(5), 1069-1071.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., ... & T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *The journal of sexual medicine*, 8(12), 3379-3388.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., ... & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487
- Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: a qualitative study. *Women's Health Issues*, 28(4), 350-357.
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual health*, 14(5), 404-411.
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901-914.

<https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2019/04/SMER-National-Council-for-Medical-Ethics-directive-March-2019.pdf>

Statuto dell'Associazione: "OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IDENTITÀ DI GENERE" (O.N.I.G.)
<http://www.onig.it/node/2>

NICE, 2020

https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

Australia launches inquiry into safety and ethics of transgender medicine” BioEdge.org, 18 Aug 2019.

<https://www.bioedge.org/bioethics/australia-launches-inquiry-into-safety-and-ethics-of-transgender-medicine/13182>

<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>

<https://www.ilga-europe.org/rainbow-europe/>

<https://www.siams.info/ceams-padova/>