



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale DPG

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica (classe LM-51)

ELABORATO FINALE

Percorsi di genitorialità tra persone transgender e gender diverse: un confronto cross-culturale qualitativo tra Italia e Portogallo

Parenting pathways among transgender and gender diverse people:
a qualitative cross-cultural comparison between Italy and Portugal

Relatrice: Prof.ssa Marina Miscioscia

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione DPSS

Laureanda: Alice Piazza

Matricola: 2050521

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

• INTRODUZIONE	1
• CAPITOLO 1 STATO DELL'ARTE SULLA GENITORIALITÀ TRANSGENDER	3
1.1 Varianze di genere e percorsi di affermazione	3
1.2 Ricadute sulla fertilità e modalità di filiazione	9
1.3 Minority Stress Theory come cornice concettuale	14
1.4 Desiderio ed esperienze di genitorialità fra le persone TGD	16
• CAPITOLO 2 DIFFERENZE FRA CONTESTO ITALIANO E PORTOGHESE	26
2.1 Percorsi di affermazione di genere a confronto	26
2.2 Accesso alla transgenitorialità: differenze strutturali e legislative	36
2.3 Violenze e discriminazioni: differenze socio-culturali	42
• CAPITOLO 3 LA PRESENTE RICERCA	46
3.1 Obiettivi	46
3.2 Partecipanti	48
3.3 Strumenti	49
3.4 Focus Analysis for Multicultural Research	52
• CAPITOLO 4 ANALISI DEI RISULTATI	55
4.1 Desiderio di genitorialità	56
4.2 Opinioni sulla criopreservazione	70
4.3 Fattori ostacolanti il progetto genitoriale	82
4.4 Fattori di supporto al progetto genitoriale	95
• CAPITOLO 5 DISCUSSIONE	103
5.1 Punti di forza e limiti della ricerca	114
5.2 Applicazioni cliniche e prospettive future	115
• CONCLUSIONI	118
• BIBLIOGRAFIA	120

INTRODUZIONE

La scelta di perseguire il personale desiderio di diventare genitore è un diritto umano fondamentale. Per le persone transgender e gender diverse (TGD) soddisfare questo desiderio è un percorso caratterizzato da molteplici ostacoli ed ancora maggiori sono le barriere se la via scelta è la genitorialità biologica. I trattamenti affermativi di genere, sia ormonali che chirurgici, possono limitare, in diversa misura, le future opzioni riproduttive delle persone TGD che scelgono di intraprendere questi trattamenti perchè ne sentono il bisogno (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). Nonostante ad oggi esistano tecniche per preservare la fertilità, dati ci dimostrano che, per le persone transgender, le difficoltà durante il percorso per diventare genitori sono molteplici ed intrecciate a diverse questioni, tra cui aspetti economici, psicologici, legislativi e socio-culturali (Chen et al., 2019). Per lungo tempo l'importanza del desiderio di genitorialità delle persone TGD è stata oscurata da una moltitudine di pregiudizi erronei e legislazioni ostacolanti (Stolk et al., 2023).

Il presente lavoro di tesi muove dalla necessità di analizzare le variabili legate al contesto che possono facilitare o, al contrario, ostacolare questo percorso di per sé tortuoso, con il fine ultimo di tutelare e promuovere la salute riproduttiva delle minoranze di genere e sessuali. La ricerca si pone l'obiettivo primario di comprendere, tramite l'analisi qualitativa di interviste semi-strutturate, come si articola e come evolve il desiderio di genitorialità in persone transgender e non-binary, e quale sia l'atteggiamento delle stesse nei confronti delle tecniche di preservazione della fertilità. L'approccio cross-culturale permette di indagare come esperienze e prospettive possano cambiare in persone immerse in contesti socio-culturali e assetti legislativi differenti. Nello specifico nel presente studio vengono messi a confronto il contesto italiano e quello portoghese, paesi nei quali sono stati raccolti i dati.

Nel primo capitolo si espone lo stato dell'arte sulla genitorialità in persone TGD, descrivendo nello specifico gli effetti del percorso di affermazione di genere sulla fertilità e le possibili opzioni per preservarla, la misura in cui è presente il desiderio di diventare genitori in questa popolazione e le principali barriere che si possono incontrare, già individuate in letteratura. Nel secondo capitolo si esplorano e si

mettono a confronto il contesto italiano e quello portoghese, sia in termini di legislazione che regolamenta il percorso di affermazione di genere e l'accesso alle diverse modalità di filiazione, ma anche in termini di barriere socio-culturali. Successivamente, nel terzo e nel quarto capitolo viene descritto nel dettaglio come e con quali fini è stato condotto il presente studio e ne vengono analizzati i risultati. Nel quinto capitolo i suddetti risultati vengono discussi e integrati con i dati già presenti in letteratura, con il fine di fornire un contributo scientifico per favorire l'accettazione globale da parte della società della genitorialità TGD.

CAPITOLO I

STATO DELL'ARTE SULLA GENITORIALITÀ TRANSGENDER

1.1 Varianze di genere e percorsi di affermazione

Il genere è un costrutto complesso e multidimensionale ed è estremamente importante decostruirlo per comprenderlo. Si usa l'espressione 'identità di genere' per descrivere il pattern di cognizioni e percezioni profonde che ciascuno ha di sé rispetto al proprio genere di appartenenza, il che include valutazioni rispetto alla compatibilità o meno con le categorie di genere diffuse nel proprio contesto sociale di sviluppo (Perry et al., 2019). Oltre alla dimensione psicologica, il genere è costituito quindi anche da una dimensione culturale, che ha a che fare con il sentimento di appartenenza e con l'identificazione con i modelli sociali di femminilità, mascolinità o altro (Cavallo et al., 2021). Un'ulteriore componente è quella dell'espressione di genere, con cui ci si riferisce al modo in cui una persona comunica all'esterno la propria identità di genere, attraverso il comportamento o l'aspetto (Hafford-Letchfield et al., 2019). Dopo molti anni in cui è stato studiato e descritto, ad oggi il genere è concepito come un costrutto non-binario che legittima l'esistenza di una pluralità di esperienze (American Psychological Association, 2015).

Trattandosi di un vissuto personale, l'identità di genere può essere esperita da persone differenti come più o meno fluida, come più o meno mutevole nel corso del tempo o dei contesti. Per molte persone è stabile nel corso della vita e corrisponde al genere assegnato loro alla nascita sulla base del sesso biologico, per altre persone invece non è così: l'identificazione percepita è in discontinuità con il genere assegnato convenzionalmente alla nascita (Lindqvist et al., 2021). Secondo un rigido binarismo di genere che permea la nostra società, per il quale a determinati organi genitali è associata inevitabilmente una sola identità genere, al momento della nascita viene attribuito a ciascuno il genere femminile oppure il genere maschile, che si configurano come mutualmente escludentesi. Si fa così riferimento a persone AFAB (assigned-female-at-birth), alla cui nascita è stato assegnato il genere femminile e a persone

AMAB (assigned-male-at-birth), alla cui nascita è stato, al contrario, attribuito il genere maschile. Queste due etichette prescindono dalle sfumature di genere in cui la persona si identifica.

Per rendere conto di questa pluralità, nel corso di questo elaborato si cercherà di usare con più frequenza l'espressione "transgender e gender diverse" (TGD). Secondo le linee guida internazionali "Standards of Care for the Health of transgender and gender diverse people" (Coleman et al., 2022), si tratta della modalità più inclusiva e comprensiva per descrivere i membri delle molte comunità, a livello globale, la cui identità o espressione di genere differisce dal genere socialmente attribuito al sesso che è stato assegnato loro alla nascita. Ciò include anche persone che hanno esperienze, identità o espressioni di genere specificatamente legate alla propria cultura o al proprio linguaggio e persone la cui identità di genere prevede il superamento della concettualizzazione occidentale del genere come binario. In realtà, il termine transgender è spesso usato, sia nella ricerca scientifica che nell'uso comune, come termine a ombrello per riferirsi a differenti declinazioni della varianza di genere, a causa della sua importanza storica e culturale (APA, 2015; Wolfe & Fogwell, 2022). Tuttavia utilizzando l'espressione TGD si evita l'enfasi sul termine 'transgender' per integrare, anche a livello linguistico, sia persone con identità di genere non-binary, sia le suddette varianti globali nel concettualizzare il genere. Ad ogni modo, è importante riconoscere la natura mutevole del linguaggio ed avere consapevolezza che ciò che è aggiornato oggi, potrebbe non esserlo più in tempi brevi (Coleman et al., 2022). Riconoscere la diversità intrinseca nella comunità transgender e dedicare un'attenzione peculiare alla terminologia rappresenta un passo vitale nel processo di inclusione. Usare un linguaggio rispettoso e non patologizzante non è importante solo in termini di rigore scientifico, ma gioca un ruolo centrale nel generare fiducia e partecipazione da parte delle persone TGD. Ha un profondo impatto sulla salute mentale e sull'accettazione sociale di questa popolazione e delle loro famiglie, sul rapporto tra gli operatori sanitari e i loro pazienti e sull'aumento della consapevolezza generale nella società rispetto alle questioni in merito (T'Sjoen et al., 2020).

In quest'ottica di depatologizzazione attraverso l'uso del linguaggio, si sono mosse nel corso degli anni anche le due maggiori classificazioni diagnostiche

mondiali dei disturbi mentali. La classificazione dell'identità transgender nell'ambito dei disturbi mentali è da tempo fonte di ampio dibattito (Moleiro & Pinto, 2015). Infatti, nonostante rientrare in una categoria diagnostica abbia imposto per lungo tempo costi sociali, legali e sanitari a questa popolazione, c'è chi considera che non essere classificata nelle condizioni di salute potrebbe costituire a sua volta un impedimento per accedere a trattamenti medici. Con gli sviluppi delle versioni più recenti, sia il DSM-5 (2013), pubblicato dall'American Psychiatric Association, che l'ICD-11 (2022) pubblicato dalla World Health Organization hanno quindi cercato di trovare un equilibrio fra questi due versanti. Da un lato si collocano le preoccupazioni relative alla stigmatizzazione dei disturbi mentali e dall'altra la necessità di categorie diagnostiche per supportare l'accesso a servizi sanitari di alta qualità e a prezzi accessibili che la popolazione potrebbe richiedere. Nel caso della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), l'etichetta è stata cambiata da "Disturbo dell'Identità di Genere" della precedente edizione in "Disforia di Genere" ed è stata rimossa dal capitolo delle "Disfunzioni sessuali e Parafilie". L'ICD-11, invece, ha riconcettualizzato i "Disturbi dell'Identità di Genere" come "Incongruenze di Genere" e li ha spostati fuori dal capitolo dei "Disturbi mentali, comportamentali o del neurosviluppo", creando un nuovo capitolo dedicato alle condizioni relative alla salute sessuale (Dewey et al., 2023; Robles et al., 2022). La condizione di appartenenza alla comunità TGD, infatti, non soddisfa di per sé uno dei principali requisiti definitivi dei disturbi mentali: la presenza di disagio o disfunzione causati dalla condizione stessa. Entrambe le nuove nomenclature sono meno patologizzanti e non implicano più il fatto che l'identità della persona sia disturbata.

La categoria diagnostica della "disforia di genere" (DG), utilizzata nel DSM-5, non dovrebbe essere utilizzata in generale per descrivere le persone transgender, in quanto si tratta del termine clinico utilizzato per descrivere il distress clinicamente significativo che sorge secondariamente all'incongruenza della propria identità di genere con le aspettative della società, basate sul sesso assegnato alla nascita (American Psychiatric Association, 2013), disagio che può essere quindi attribuibile anche al contesto sociale e culturale con cui la propria condizione deve fare i conti (Moleiro & Pinto, 2015). Partendo da quest'ottica, i livelli di "mancato allineamento" tra

il sesso alla nascita, il corrispondente genere assegnato e l'identità di genere possono essere molteplici e solo una parte di queste condizioni sono inquadrabili come DG. Alcune persone, a fronte di questo disagio, sviluppano il desiderio di avviare un percorso di affermazione di genere, chiamata anche transizione, che può implicare l'assunzione di una terapia ormonale mascolinizante o femminilizzante ed, eventualmente, laddove questo rappresenti un bisogno della persona, il sottoporsi ad interventi chirurgici affermativi, per allineare il genere esperito interiormente al proprio aspetto esteriore. La corporeità diventa in questo caso strumento per allineare la propria identità di genere ed il proprio sesso (Crapanzano et al., 2021).

Esistono diversi possibili scenari di percorsi di affermazione di genere, legati alle scelte personali. In ciascuna delle sue forme, l'affermazione di genere è determinante per la salute ed il benessere degli individui della comunità TGD, alleviando notevolmente i sintomi disforici sopra descritti (Allen et al., 2019). L'affermazione di genere si riferisce, in primis, al processo sociale di essere riconosciute¹ o affermate nella propria identità, espressione e/o ruolo di genere. Nonostante il percorso di affermazione di genere possa essere teorizzato come un processo intrinsecamente sociale, deve essere necessariamente concettualizzato come un costrutto multidimensionale, che include complessivamente quattro componenti: l'affermazione psicologica, sociale, legale e medica (Costa, 2023). In breve, l'affermazione psicologica consiste nel processo di riconoscimento e auto-validazione dell'esperienza intrapersonale del proprio genere e può avere a che fare anche con la transfobia interiorizzata. L'affermazione sociale, come già accennato, avviene quando le istituzioni e il contesto sociale riconoscono e validano l'identità di genere della persona attraverso, ad esempio, il corretto uso di nomi e pronomi. La transizione legale si riferisce al cambio anagrafico del nome e degli indicatori di genere sui documenti, come la carta di identità o la patente. Infine, l'affermazione da un punto di vista medico può comprendere diverse procedure come trattamenti ormonali bloccanti della pubertà, terapie ormonali ed eventualmente trattamenti

¹ Nell'intento di offrire soluzioni linguistiche per chiunque non si identifichi con le categorie binarie di genere e per sopperire ai limiti linguistici del maschile sovraesteso in questo elaborato si useranno i caratteri $\text{\textcircled{a}}$, per il singolare e $\text{\textcircled{a}}$, per il plurale.

chirurgici ed altre procedure che allineano l'aspetto del corpo con la propria identità (Costa, 2023; Reisner et al., 2016).

Più nello specifico, la terapia ormonale può essere mascolinizante o femminilizzante ed ha l'obiettivo di indurre le caratteristiche sessuali secondarie corrispondenti al genere esperito, sopprimendo quelle del sesso di nascita. Per gli uomini transgender (AFAB) questo consiste solitamente nell'uso di testosterone. Per le donne transgender (AMAB), in genere si utilizzano combinazioni di estrogeni e bloccanti degli androgeni. La transizione chirurgica, invece, fa riferimento ad un'ampia gamma di procedure chirurgiche. L'intervento più comune tra gli uomini transgender è la mastectomia, l'asportazione chirurgica delle mammelle. La chirurgia dei genitali per gli uomini transgender comprende la creazione di un fallo (faloplastica o metoidioplastica), l'isterectomia e l'ooforectomia. Le donne transgender possono sottoporsi invece all'aumento del seno, alla femminilizzazione del viso e alla chirurgia genitale di rimozione di pene e testicoli e la creazione di una neovagina utilizzando il tessuto penieno (vaginoplastica a inversione peniena) o di tessuto del colon sigmoideo (colo-vaginoplastica) (Radix, 2016). Inoltre, grazie ad una maggiore conoscenza delle condizioni trans, l'età in cui le persone cercano percorsi di transizione medica si è abbassata notevolmente e rispetto a queste esperienze ci sono vivaci dibattiti (Cavallo et al., 2021). Per minori appartenenti alla comunità TGD, se raggiunto almeno lo stadio 2 dello sviluppo puberale di Tanner, ovvero la fase dove comincia lo sviluppo fisico vero e proprio (Emmanuel & Bokor, 2017), è stato validato un trattamento che consiste nella soppressione reversibile della pubertà (PS), con l'uso degli agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH), per alleviare il disagio causato dal successivo sviluppo dei caratteri sessuali secondari, indotti dalla pubertà (Mahfouda et al., 2017; Stolk et al., 2023).

Ciononostante, le tappe sopra descritte non riguardano tutte le persone TGD. Alcune, ad esempio, possono non sentire la necessità di modificare il proprio corpo e il proprio aspetto e questo non rende incompleto o meno valido il loro percorso di affermazione di genere. In Italia due importanti sentenze nel 2015 (la 15138 della Corte di cassazione e la 221 della Corte Costituzionale) hanno eliminato la subordinazione delle modifiche anagrafiche alle chirurgie affermative, che ad oggi non sono più

necessarie per ottenere documenti aggiornati, ma restano una scelta personale (Cavallo et al., 2021). A seguito di queste modifiche l'importanza attribuita individualmente alle chirurgie affermative sembra essere sempre più variabile da persona a persona (Vitelli et al., 2017). Da questo esempio risulta chiaro come il susseguirsi di queste tappe sia vincolato a legislazioni specifiche, che ne definiscono rigidamente tempistiche, modalità e requisiti, influenzando e delimitando lo spazio delle libertà personali. I percorsi di affermazione di genere prendono quindi forme diverse a seconda degli Stati nei quali vengono intrapresi. Nel secondo capitolo di questo elaborato si tratteranno le declinazioni specifiche che prende questo percorso in due stati europei, l'Italia e il Portogallo, mettendo in luce similarità e differenze.

Ad ogni modo, per le persone che sperimentano, in diverse misure, un'incongruenza di genere, la necessità di intraprendere trattamenti ormonali affermativi di genere (GAHT) e, più in generale, di vedere riconosciuta e validata la propria identità di genere, è dimostrata da numerosi studi (Coleman et al., 2022). È noto infatti che i giovani trans e nonbinary affrontano difficoltà significative e abbiano tassi di sofferenza psicologica e sociale molto più elevati rispetto ai giovani cisgender (Grossman et al., 2016; Rider et al., 2018; Rimes et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2018). A seguito della somministrazione delle terapie ormonali si riscontra una significativa diminuzione della disforia di genere, dell'insoddisfazione corporea e del disagio, da cui consegue un incremento generale del benessere e della salute mentale (van Leerdam et al., 2023). Diversi risultati convergono, infatti, su una correlazione fra l'accesso ai trattamenti desiderati ed una riduzione dei tassi di depressione e suicidalità (Allen et al., 2019; Green et al., 2022). Si riportano effetti positivi anche per il trattamento di soppressione della pubertà (PS), in giovani prepuberali. È stato dimostrato infatti che l'ideazione suicidaria dell'adolescenti, che avevano avuto accesso al trattamento, si fosse ridotto rispetto a coloro ai quali, nonostante lo desiderassero, non era stata data questa possibilità (Turban et al., 2020).

1.2 Ricadute sulla fertilità e modalità di filiazione

Nonostante i trattamenti affermativi di genere portino con sé i suddetti benefici in termini di qualità di vita e funzionamento psicologico, non sono esenti da effetti collaterali, che vanno attentamente considerati prima della transizione medica. Uno fra questi è l'impatto sulla fertilità, che varia sulla base del sesso assegnato alla nascita, a causa dei differenti processi di gametogenesi e della diversa terapia ormonale assunta (Chen et al., 2017). Tuttavia, se per lungo tempo il percorso di affermazione di genere e la riproduzione nelle persone TGD sono state concepite come mutualmente escludentesi anche a causa di questi effetti collaterali, grazie all'avanzamento della ricerca in campo medico ad oggi esistono diverse alternative percorribili (De Sutter, 2001). Sono state, infatti, sviluppate delle procedure per preservare la fertilità (fertility preservation, FP), descritte più nel dettaglio in seguito, utili non solo ad individui TGD, ma anche ad altre popolazioni a rischio di infertilità (Johnson et al., 2017; Finlayson et al., 2016; De Roo et al., 2016). Queste tecniche offrono, quindi, alle persone transgender che intraprendono un percorso di affermazione di genere la possibilità di non dover rinunciare alla prospettiva di avere figli biologici in futuro.

Per chiarire i processi biologici sottostanti alla compromissione della fertilità nei seguenti paragrafi ci si riferirà separatamente alle persone AMAB (assigned-male-at-birth) e alle persone AFAB (assigned-female-at-birth), che decidono di sottoporsi rispettivamente a terapia femminilizzante e mascolinizzante. Le terapie ormonali per le persone AMAB, come già menzionato, prevedono l'uso di estrogeni per la femminilizzazione, insieme ad una terapia di soppressione degli androgeni, per ottenere la demascolinizzazione (Radix, 2016). Nelle persone AMAB, a partire dalla fase 3 dello sviluppo puberale di Tanner, ovvero dalla fase intermedia della pubertà (Emmanuel & Bokor, 2017), avviene generalmente la spermatogenesi, quando supportata dal testosterone. Nel caso di una persona sottoposta a terapia femminilizzante, i livelli di testosterone nel sangue restano all'interno degli intervalli di riferimento per donne cisgender e si ha quindi una forte soppressione della spermatogenesi (Vereecke et al., 2021). Alcune pubblicazioni hanno descritto una

marcata riduzione del livello spermatogenetico in tutti i pazienti esaminati, mentre altre riportano risultati incoerenti. Le analisi istologiche hanno mostrato esiti molto variabili ed eterogenei, da una spermatogenesi qualitativamente normale ed una morfologia delle cellule di Leydig/Sertoli non alterata ad una regressione completa del testicolo con gravi danni cellulari e ialinizzazione (Schneider et al., 2017). Ciononostante, alcuni studi dimostrano che, nell'interrompere la terapia ormonale, i livelli di testosterone aumentano e potrebbero successivamente consentire il ripristino della spermatogenesi (Adeleye et al., 2019, Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Ancora, però, non si ha la certezza di quando ed in che misura questo possa accadere, per insufficienti studi specifici su persone TGD AMAB in letteratura (Stolk et al., 2023).

Per quanto riguarda le persone AFAB, invece, la terapia ormonale implica l'uso di testosterone per la mascolinizzazione, che induce una soppressione ipotalamo-ipofisaria-gonadale. La maturazione degli ovociti dipende dal rilascio di ormone follicolo-stimolante (FSH) e dell'ormone luteinizzante (LH) e di conseguenza, in una percentuale di persone, l'inibizione di questi ormoni risulta nell'interruzione dell'ovulazione. Da alcuni studi emerge, però, che alcune persone che usano testosterone a lungo termine possono sperimentare nuovamente eventi ovulatori (Taub et al., 2020). Sembra infatti che LH e FSH possano non essere completamente inibiti e, per questo motivo, la maturazione degli ovociti possa non essere completamente soppressa, consentendo ovulazioni e gravidanze in alcune persone TGD AFAB. Questo solleva, tra le altre cose, problemi relativi alla necessità di contraccezione nelle persone AFAB impegnate in rapporti sessuali con partner che producono sperma (Stolk et al., 2023). Per le persone AFAB non sembra essere medicalmente essenziale preservare i propri gameti prima di iniziare ad assumere gli ormoni affermativi, se sono disposte ad interromperne temporaneamente l'assunzione in futuro. Diversi studi riportano che i risultati della criopreservazione degli ovuli non mostrano alcuna differenza fra le persone TGD che l'hanno eseguita prima o dopo l'inizio del testosterone, anche nel caso di un'esposizione a lungo termine per più di 10 anni (Leung et al., 2019; Israeli et al., 2022). Tuttavia, anche in questo caso, ci sono anche alcuni studi discordanti che riportano anomalie e compromissioni ovariche (Grynberg et al., 2010). È stato dimostrato che anche le alterazioni riproduttive

nei pazienti giovani, trattati con soppressione della fertilità, sia AFAB che AMAB, provocano effetti che sembrano essere completamente reversibili (Bertelloni et al., 2000; Pasquino et al., 2008). Non sono stati condotti studi sull'effetto degli agonisti dei GnRH su gameti e gonadi, quando essi vengono utilizzati congiuntamente alla terapia ormonale (Sterling & Garcia, 2020).

Riassumendo, gli effetti dei trattamenti ormonali sembrano quindi essere, in una certa misura, reversibili in termini di possibile impatto a lungo termine sulla fertilità e sul potenziale riproduttivo, sebbene l'entità di tale effetto e il tempo necessario per passare dalla cessazione del trattamento al ripristino della fertilità non siano ancora stati esplorati a fondo. Al contrario, per quanto riguarda le operazioni chirurgiche che vanno ad operare sulle gonadi, quindi nello specifico orchietomia ed istero-annessectomia, con più certezza si può affermare che si tratti di operazioni irreversibili, che conducano a sterilità (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). A causa delle ricadute che questi trattamenti affermativi ormonali e chirurgici hanno sulle opzioni riproduttive future, molte organizzazioni, fra cui la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) hanno redatto linee guida che raccomandano un counseling prima dell'inizio della terapia ormonale, al fine di chiarire queste questioni (Coleman et al., 2022; Ethics Committee of the ASRM, 2015; Committee on Adolescent Health Care of the ACOG, 2017; Hembree et al., 2017; Rafferty, 2018). Questo spazio dovrebbe servire anche all'esplorazione, con l'aiuto di professionisti debitamente formati, del ventaglio di opzioni possibili per diventare genitori. Un team multidisciplinare, dove sia specialisti dell'ambito medico che dell'ambito psicologico collaborano, dovrebbe fornire supporto su misura alla persona nella valutazione della scelta più adatta alle proprie esigenze e del proprio contesto socio-politico (Coleman et al., 2022). L'esplorazione personale di queste tematiche nel contesto di un percorso psicologico costituisce un aspetto importante per comprendere a fondo i propri desideri e le proprie necessità. Il desiderio di diventare genitori potrebbe, infatti, svilupparsi nel corso del tempo, mentre iniziare al più presto la terapia ormonale è spesso prioritario per molti giovani TGD, con un rischio quindi di sottovalutarne l'impatto sulla fertilità e rimpiangere le proprie scelte in un secondo momento (Stolk et al., 2023).

Se in passato sottoporsi ai trattamenti affermativi di genere significava rinunciare ad un futuro riproduttivo, oggi, grazie alla procreazione medicalmente assistita (PMA), le persone TGD non sono più obbligate a scegliere fra il proprio benessere e la possibilità di avere figli biologici. Con il termine “procreazione medicalmente assistita” (PMA) ci si riferisce ai molteplici interventi, procedure, chirurgie e tecnologie per trattare diverse forme di compromissioni della fertilità e di infertilità, utilizzando ovociti, spermatozoi ed embrioni di origine umana, con l'obiettivo di ottenere una gravidanza (Passet-Wittig & Bujard, 2021; Schuster et al., 2003). Fra queste tecniche rientrano ad esempio l'inseminazione artificiale, la fecondazione in vitro (IVF) ed altre procedure supportate dall'IVF, come la criopreservazione dei gameti o degli embrioni, la maternità surrogata, la donazione degli embrioni, di sperma o degli ovociti (Passet-Wittig & Bujard, 2021). In senso più ampio, oltre alle tecniche di PMA, le possibilità per diventare genitori per le persone TGD includono anche l'adozione o l'affidamento e, nei casi in cui la capacità riproduttiva fosse mantenuta, il rapporto sessuale (Tasker & Gato, 2020). Per tutte le persone transgender, le opzioni di fertilità possono attualmente essere classificate in tre gruppi diversi: (I) opzioni disponibili prima dell'inizio della terapia ormonale affermativa di genere (GAHT); (II) opzioni disponibili dopo l'inizio della GAHT; e (III) opzioni sperimentali, che possono essere effettuate in concomitanza con i trattamenti chirurgici affermativi (Sterling & Garcia, 2020).

Per le persone AMAB l'opzione più semplice per preservare la fertilità è la criopreservazione di un campione di seme eiaculato, che può eventualmente essere estratto con elettro-stimolazione o stimolazione vibratoria del pene qualora la disforia provocata nell'uso focalizzato dell'organo genitale per la masturbazione fosse eccessiva (Sterling & Garcia, 2020). Questa opzione può essere intrapresa anche da persone che si sono già sottoposte, per un certo periodo di tempo, alle terapie ormonali femminilizzanti, sebbene ci sia una maggior incertezza sull'utilizzabilità dei loro campioni di sperma, come già menzionato. L'indicazione che viene data per evitare effetti negativi della GAHT sulla qualità dello sperma è quella di interrompere il trattamento per almeno 3 mesi prima di prelevare gli spermatozoi dal liquido seminale. Da alcuni studi è risultato che i campioni raccolti dopo la cessazione dei

trattamenti ormonali, con un tempo medio di interruzione di 4,4 mesi, sono risultati paragonabili a quelli provenienti da individui che dovevano ancora iniziare i trattamenti (Adeleye et al., 2019, Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Durante questa interruzione del trattamento, la ripresa di livelli normali di testosterone può provocare effetti mascolinizanti indesiderati, che aggiungono un costo emotivo al prezzo già elevato della preservazione di fertilità (Sterling & Garcia, 2020). L'uso dello sperma criopreservato richiede successivamente la disponibilità dell'utero di un partner o surrogato che possa condurre la gravidanza. Sebbene, infatti, il trapianto di utero sia risultato a sua volta essere un'opzione praticabile, è ancora considerato sperimentale (Practice Committee of ASRM, 2018). Per giovani transgender AMAB pre-puberale, l'unica opzione viabile è la criopreservazione del tessuto testicolare (TTC), il cui uso clinico, tuttavia, è ancora considerata una procedura sperimentale per insufficienza di studi (Baram et al., 2019).

Per quanto riguarda le persone AFAB, invece, le opzioni più praticate sono la criopreservazione degli ovociti e la criopreservazione degli embrioni, per quanto quest'ultima richieda il coinvolgimento di un eventuale partner produttore di sperma o di un donatore. Tuttavia, il processo di stimolazione ovarica, necessario per prelevare e poi criopreservare gli ovociti è invasivo e costoso e, se condotto dopo l'inizio della terapia ormonale, comporta la necessità di sospendere l'assunzione degli ormoni temporaneamente prima di iniziare il processo (Baram et al., 2019). Durante il processo i livelli di estrogeni aumentano ulteriormente a causa della stimolazione ovarica. Inoltre, il contesto dove si svolge il trattamento è prevalentemente femminile ed implica la necessità di sottoporsi a numerose ecografie transvaginali: tutti motivi per cui, in questa fase, si possono acuire i sintomi della disforia di genere (Armuan et al., 2017). Per transgender AFAB di età più giovane, o per persone per cui la stimolazione ovarica risulta inaccettabile, un'opzione praticabile è la criopreservazione del tessuto ovarico (OTC), nonostante si tratti anche in questo caso di una procedura ancora sperimentale. A fronte delle peculiarità delle opzioni descritte, appare importante puntualizzare nuovamente che i percorsi e i trattamenti dovrebbero essere individualizzati e forniti sulla base degli obiettivi di genitorialità di ciascuna persona (Coleman et al., 2022).

1.3 Minority Stress Theory come cornice concettuale

Nel cercare di comprendere a fondo le esperienze TGD, oltre a tenere in conto le sfide di varia natura da affrontare durante il percorso di affermazione di genere, è necessario considerare l'impatto che può avere fare parte di una società, in qualità di minoranza. La nostra società è, infatti, permeata dal concetto di cisnormatività, concetto che posiziona le identità cisgender come 'norma' e di conseguenza costituisce la natura emarginante degli ambienti sociali per le persone TGD (Tan et al., 2019). Le esperienze delle persone TGD possono essere inquadrare grazie a due importanti cornici concettuali, elaborate per esplorare e comprendere gli aspetti sociali, psicologici e strutturali che rendono conto delle disuguaglianze in termini di salute mentale e fisica ai danni delle minoranze sessuali e di genere (Frost & Meyer, 2023). La Minority Stress Theory (MST), sviluppata originariamente da Meyer (1995; 2003), poggia sull'ipotesi che questa disparità in termini di salute delle minoranze sessuali sia prodotta dall'eccessiva esposizione allo stress sociale che alcune popolazioni, con uno status sociale stigmatizzato, sono costrette a fronteggiare. Dalla sua prima introduzione, che aveva un focus sulle minoranze sessuali, la teoria del minority stress si è espansa, includendo anche le minoranze di genere ed in particolare descrivendo il ruolo della mancata affermazione di genere come forte stressor ai danni della popolazione TGD. È nata così la Gender Minority Stress and Resilience Measure di Testa e colleghi (2015), che considera 9 costrutti: discriminazione di genere, rifiuto di genere, vittimizzazione di genere, non affermazione dell'identità di genere, transfobia interiorizzata, aspettative negative per eventi futuri, mancata apertura, legame con la comunità ed orgoglio. Si tratta di uno strumento volto ad una maggiore comprensione delle esperienze TGD, inclusi i fattori di stress delle minoranze di genere, ma anche i fattori di resilienza. Questi modelli sono stati di grande influenza nel guidare la ricerca scientifica sul benessere delle minoranze sessuali e di genere e, per questo, risulta doveroso dedicarvi una breve sezione. Questa cornice fornisce, infatti, una chiave di lettura per mettere a fuoco le questioni relative alla genitorialità che verranno discusse in seguito.

Meyer (2003) ha concettualizzato i fattori di stress come un continuum fra fattori distali e fattori prossimali. Gli stressor distali includono quelli che vengono originati da persone o istituzioni con cui la persona LGBT ha a che fare. Essi comprendono perciò politiche e legislazioni discriminatorie, gravi eventi di vita (come perdere il lavoro o essere vittima di violenza), fonti di stress cronico (come vivere in condizioni di povertà), fonti di stress minore (come le esperienze di discriminazione e microaggressioni subite nel quotidiano) ed anche esperienze o eventi positivi impossibilitati da stigma e pregiudizio. I fattori prossimali, invece, sorgono da processi di socializzazione nei quali le persone facenti parte di minoranze sessuali e di genere apprendono a rifiutarsi e giudicarsi per il fatto di essere LGBT (stigma interiorizzato), sviluppano l'aspettativa di essere stigmatizzate a causa della consapevolezza dello stigma sociale dominante (aspettative di rifiuto) o nascondono la loro identità come modo per proteggersi da fattori di stress distali (occultamento dell'identità). L'occultamento può essere protettivo in alcuni ambienti, tuttavia limita l'accesso al supporto sociale e all'affermazione, complicando il suo ruolo nella teoria. I processi distali sono quindi concepiti come fattori di stress oggettivi, indipendenti dall'individuo, perché operano al di là della sua esistenza. D'altra parte, i fattori di stress prossimali dipendono dall'individuo perché sono legati ai suoi sentimenti, pensieri e azioni, ovvero alle sue percezioni soggettive e valutazioni (Scandurra et al., 2019).

Nella teoria sono inseriti anche meccanismi di coping, a livello individuale e di gruppo, che possono ridurre l'impatto negativo del minority stress. Pertanto, l'impatto complessivo sulla salute nel modello del minority stress (MST) è determinato dal negativo impatto di esperienze stressanti, controbilanciato dall'impatto migliorativo del coping, del supporto sociale e della resilienza (Frost & Meyer, 2023). Questo modello è nato in seno ad una lunga tradizione di studi sociologici e psicologici sullo stress ed ha usato come punto di riferimento altre teorie importanti che hanno suggerito che la persona deve essere considerata nelle sue interazioni con l'ambiente sociale (Allport et al., 1954). Per lungo tempo la nozione di stress, in particolare come concepita da Lazarus e Folkman (1984), si è concentrata su elementi personali piuttosto che sociali e solo successivamente si è arricchita di elementi provenienti dal mondo della sociologia e della psicologia sociale. Nello specifico i teorici sociali si

sono occupati dell'alienazione dalle strutture sociali, dalle norme e dalle istituzioni. Le teorie della psicologia sociale invece hanno preparato il terreno per comprendere le relazioni fra gruppi e l'impatto dell'essere in posizione di minoranza. Queste teorie postulano che il processo di categorizzazione (come la distinzione tra gruppi sociali) inneschi importanti processi intergruppi (come la competizione e la discriminazione) e, al contempo, fornisca un'ancora per il gruppo in termini di auto-definizione (Tajfel, 1982).

La cornice concettuale del Minority Stress è essenziale anche per comprendere molti aspetti della genitorialità TGD, che verranno esposti nella sezione seguente. Questa teoria è, infatti, applicabile a vari contesti di vita delle minoranze in quanto lo stress esperito, specialmente tramite l'interiorizzazione ed anticipazione dello stesso, può condizionare in grande misura le scelte di vita di ciascuna.

1.4 Desiderio ed esperienze di genitorialità fra la persone TGD

Fino a poco tempo fa, un numero esiguo di ricerche era stato condotto sui genitori TGD e sulle loro famiglie. Tuttavia, negli ultimi decenni, la ricerca in quest'area sta aumentando esponenzialmente (Stotzer et al., 2014). Le varianze di genere sono state per lungo tempo considerate incompatibili con la genitorialità, come è evidente dal fatto che la sterilizzazione sia stata, ed in alcuni paesi ancora sia, considerata un prerequisito necessario per accedere al percorso di affermazione di genere (Payne & Erbenius, 2018). Queste concezioni poggiavano su una visione patologizzante, che inquadrava l'essere transgender come un disturbo anziché come un esempio della naturale diversità umana, motivo per cui la procreazione era considerata da evitare (Sterling & Garcia, 2020). Con i cambiamenti degli atteggiamenti sociali e legali nei confronti delle persone transgender, la genitorialità delle persone TGD è oggi una, per quanto ancora complicata, realtà (Tornello, & Bos, 2017). In questa sezione verranno riportate le ricerche esistenti rispetto alla prevalenza e alle caratteristiche delle persone TGD che sono o vorrebbero essere genitori, rispetto alle modalità con cui vorrebbero diventarlo e rispetto al benessere dei loro figli.

Le persone transgender desiderano avere figli per ragioni non diverse da quelle per cui le persone cisgender li desiderano, ovvero ad esempio l'intimità, l'accudimento e la costruzione di una famiglia (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015). Molte persone che ancora si oppongono alla procreazione di persone transgender, lo fanno appellandosi ad un ipotizzato benessere della prole, chiedendosi se le esigenze dei figli siano soddisfatte in questo tipo di famiglie. Alcuni esprimono dubbi sulle competenze genitoriali di persone transgender, contestando il fatto che lo sviluppo psicosociale e la salute mentale della prole possa essere a rischio (Weiner et al., 2015; De Wert et al., 2014; Baetens et al., 2003). Tuttavia, molti studi presenti in letteratura rassicurano rispetto alla genitorialità transgender, non supportando le preoccupazioni sopra citate. Essere cresciuto da uno o entrambi i genitori appartenenti alla comunità TGD non si traduce necessariamente in un aumentato rischio di psicopatologia, di disturbi identitari o di compromissioni del funzionamento psicosociale. Sembrano essere, invece, forti determinanti del benessere dei figli la sicurezza dei legami di attaccamento con i genitori e la capacità genitoriale di accogliere e soddisfare con cura e responsabilità i bisogni (Ethics Committee of the ASRM, 2015). Questi dati sembrano condurre quindi alla conclusione che la qualità delle relazioni familiari ha un peso molto maggiore rispetto alla modalità con cui la famiglia è formata e non c'è alcuna evidenza che l'essere un genitore TGD impedisca di instaurare rapporti di cura di alta qualità con i propri figli (Chiland et al., 2013; Hines, 2006; Short et al., 2007). A queste considerazioni va aggiunto che, sebbene i rischi intrinseci per il benessere della prole in queste situazioni siano bassi o solo ipotetici, esiste per loro un rischio di danno sociale in termini di stigma, esclusione o bullismo, connesso al fatto che la popolazione TGD sia ancora in molti paesi socialmente discriminata. Questo ovviamente non deve essere usato come argomento per rifiutare categoricamente la procreazione delle persone TGD, al contrario, il benessere della prole migliorerebbe notevolmente se le persone TGD fossero socialmente rispettate e se il loro potenziale di genitorialità fosse riconosciuto (De Wert et al., 2014).

In una review sistematica del 2023, Stolk e colleghi hanno evidenziato come la maggioranza degli adolescenti TGD, partecipanti di 7 diversi studi, riferisce la presenza

del desiderio di avere dei figli in futuro, con percentuali fra il 48.7% e il 67%. Gli adolescenti sembrano essere più interessati all'adozione, con percentuali tra il 70% e l'80%, mentre solo tra il 9% e il 35.9% riportano l'importanza che il figlio sia biologico. Anche per quanto riguarda gli adulti TGD, diversi studi in letteratura, condotti in diverse aree geografiche, hanno dimostrato la presenza di un forte desiderio di essere genitori, nello specifico tra il 54% e l'82% dei partecipanti lo desiderano (Alpern et al., 2022; Morong et al., 2022; Wierckx et al., 2012a; Mattelin et al., 2022). Anche nella popolazione adulta sembra essere una minoranza dei partecipanti (37% di persone AFAB e 50% AMAB) a nutrire una preferenza per la prole biologica, anche se con percentuali superiori rispetto alla popolazione adolescente (Alpern et al., 2022).

Tuttavia, sempre dalla review di Stolk e colleghi (2023) emerge che, nonostante il desiderio sia molto presente, solo fra il 16% e il 30% degli adulti TGD è attualmente genitore, di cui la maggioranza è diventata genitore prima del percorso di affermazione di genere. Nella maggior parte dei casi di genitorialità post-transizione, invece, sono stati i partner delle persone TGD a partorire, sebbene esistano anche casi in cui siano state le persone TGD stesse a farlo. La minoranza invece è diventata genitore tramite adozione o affidamento. Nonostante sia emerso che il legame di sangue non sia un aspetto così centrale per molti, come sopra riportato sia per quanto concerne gli adulti che gli adolescenti, guardando alle effettive esperienze di genitorialità transgender, la maggioranza delle persone TGD con dei figli sono attualmente genitori biologici (Wierckx et al., 2012a; Riggs & Bartholomaeus., 2018). Questa discontinuità probabilmente avviene in quanto l'adozione in molti paesi può rivelarsi un percorso lungo e complicato, a causa di questioni finanziarie e legali, e potrebbe quindi non essere la più realistica fra le opzioni per molte persone TGD una volta diventate adulte. I servizi di adozione, infatti, hanno impiegato molto tempo a riconoscere i diritti delle persone TGD come potenziali genitori ed hanno a lungo perpetrato discriminazioni (Brown & Rogers, 2020). Anche per quanto riguarda la criopreservazione dei gameti, sembra in realtà esserci una frattura fra le persone che si dichiarano interessate all'utilizzo di queste procedure e le persone che poi concretamente conservano i propri gameti. I bassi livelli di preservazione della fertilità fra le persone TGD sono fonte di perplessità, considerato il forte desiderio espresso di

diventare genitori (Tasker & Gato, 2020). La bassa priorità assegnata al legame biologico può fornire una potenziale spiegazione a questa discrepanza, ma giocano un ruolo anche ulteriori fattori ostacolanti, come i costi, l'invasività e lo stress esperito (Chiniara et al., 2019).

Riflettendo sulla differenza tra i livelli di desiderio registrati negli adulti e quelli riscontrati tra i giovani, Nahata e colleghi (2017) hanno sollevato la questione del possibile cambiamento, da parte dei giovani transgender, delle prospettive sulla fertilità più avanti nella vita, in particolare dopo l'affermazione di genere. Anche Strang e colleghi (2018) hanno riportato che, sebbene relativamente pochi giovani transgender abbiano espresso il desiderio di avere un proprio figlio geneticamente correlato, molti hanno ipotizzato o affermato di non sapere se i loro sentimenti a riguardo sarebbero potuti cambiare in futuro. Un fattore da mettere a fuoco è inevitabilmente lo stadio del ciclo di vita in cui le persone TGD si trovano a dover riflettere sulla genitorialità. I giovani TGD che cominciano un percorso di affermazione di genere si trovano ad anticipare l'esplorazione di questi aspetti rispetto alla popolazione generale, perché devono prendere delle decisioni in merito (Baram et al., 2019). I giovani, generalmente, a prescindere dall'identità di genere, fanno maggiore difficoltà ad immaginare la genitorialità (Morong et al., 2022). Nel caso dei giovani, quindi, alcune barriere di accesso alla criopreservazione possono basarsi sul loro sviluppo cognitivo e sulla priorità data ad altri obiettivi di vita tipici della giovane età, come costruire un forte senso d'identità (Chen et al., 2018).

Oltre all'età, esistono altri fattori sociodemografici che interagiscono con il desiderio e con le modalità scelte per la genitorialità. Alcuni studi, ad esempio, riportano differenze di genere nell'utilizzo delle tecniche di preservazione e, più in generale, nel desiderio di genitorialità. Sembra che le donne transgender si sottopongano più frequentemente alla criopreservazione, rispetto agli uomini transgender (Chen et al., 2018), dato che risulta in linea con la maggior propensione per la prole biologica delle persone AMAB, sopra riportata. Anche la maggior complessità delle procedure per prelevare e preservare gli ovociti per le persone AFAB può rendere parzialmente conto di questa differenza. Tuttavia alcuni studiosi hanno empatizzato anche con la natura psicologicamente disturbante del dover fornire un

campione di seme eiaculato, motivo per cui la preservazione della fertilità risulterebbe emotivamente costosa anche per le donne transgender (Tasker & Gato, 2020). Altri studi confermano che, in generale, la genitorialità sembra essere più ricercata tra le donne transgender che fra gli uomini transgender (Stotzer et al., 2014). Uno studio di Auer e colleghi (2018), condotto in Germania, ha analizzato l'evoluzione del desiderio di genitorialità durante diverse tappe del percorso di affermazione di genere ed è interessante notare come siano emersi pattern differenti nella popolazione AFAB e AMAB. Prima del trattamento, il desiderio di avere figli era significativamente più alto negli uomini trans rispetto alle donne trans ($P = .016$). In coloro che avevano già iniziato il trattamento, l'interesse ad avere figli in un futuro era significativamente più alto nelle donne trans (69,9%) rispetto agli uomini trans (46,9%; $P = .034$). Il rationale sotteso a questi pattern diversi fra AFAB e AMAB include probabilmente sia i fattori biologici e psicologici già menzionati, sia fattori socio-culturali legati all'idea di femminilità. In uno studio qualitativo condotto in Australia dai Charter e colleghi (2018), la maggior parte dei partecipanti, uomini trans AFAB, raccontano come le esperienze vissute durante l'infanzia, l'adolescenza e nella giovane età adulta abbiano avuto un impatto nelle loro scelte rispetto alla genitorialità. Riferiscono che, quando avevano poco controllo su come il loro genere veniva costruito e categorizzato da chi li circondava, erano particolarmente vulnerabili alle narrazioni culturali dominanti che associavano la femminilità alla fecondità. Molti partecipanti hanno percepito la pressione sociale dell'obbligo alla maternità quando erano più giovani.

Un altro aspetto da tenere in considerazione nel caso della genitorialità AFAB è l'esperienza della gravidanza che, sebbene possa essere biologicamente possibile per gli uomini AFAB che preservano le strutture anatomiche, per molti è un'opzione che viene scartata a priori. Molti uomini trans la considerano infatti come incongruente con la loro identità di genere (Lai et al., 2020). Tra coloro che hanno deciso di portare avanti una gravidanza, alcuni hanno riferito di averlo fatto come sacrificio funzionale per ottenere figli biologici, soprattutto con partner che non avrebbero potuto farlo. Molti la descrivono come un'esperienza psicologicamente difficile, ma riportano di aver fatto ricorso a diverse strategie per affrontarla, tra cui ricostruire la propria narrativa di ciò che significa essere genitori. Paradossalmente,

altri hanno trovato conforto nella gravidanza, descrivendola come l'ottenimento di qualcosa di positivo da un corpo con cui non si identificavano (Charter, 2018). È difficile stimare in che misura i vari aspetti menzionati abbiano un impatto sulle decisioni di come e quando diventare genitori. Sicuramente la presenza di molteplici fattori modulatori di diversa natura riflette la complessità del fenomeno.

Diventare genitore come persona transgender può comportare, dunque, sfide specifiche, oltre a quelle che la genitorialità di per sé comporta. Dopo la disamina della prevalenza e delle caratteristiche del desiderio di genitorialità nella popolazione TGD, è essenziale comprendere gli elementi specifici che si collocano come barriere e disincentivi fra il desiderio, la successiva intenzione concreta di mettere al mondo dell₃ figli₃ e, in ultimo, l'effettiva realizzazione. Alcuni autori hanno indagato i fattori che interagiscono con il processo decisionale di diventare genitori tra le persone TGD (Tasker & Gato, 2020; de-Castro-Peraza et al., 2019; Tornello, & Bos, 2017; Marinho et al., 2021). La propria varianza di genere viene riportata da molti partecipanti come ostacolo primario alla possibilità di ottenere la genitorialità attraverso la loro modalità ideale, che per molti sembra essere l'atto sessuale. Molti riferiscono che avere un sistema riproduttivo disallineato rispetto al genere esperito è fonte di frustrazione (Tornello, & Bos, 2017). Questa constatazione può considerarsi il presupposto concettuale che apre alla discussione su tutti gli altri aspetti. Molte questioni biomediche che rendono complessa la transgenitorialità sono già state descritte nel dettaglio nelle sezioni precedenti ed hanno a che fare principalmente con le ricadute sulla fertilità del percorso di affermazione di genere. Riassumendo brevemente quanto già ampiamente trattato, le persone transgender e gender diverse che si sottopongono a trattamenti ormonali o chirurgici possono compromettere la loro capacità riproduttiva, nello specifico l'assunzione di ormoni sembra avere effetti di varia entità sulla fertilità, mentre le operazioni chirurgiche che vanno ad operare sulle gonadi conducono irreversibilmente a sterilità (Chen et al., 2017). Per ovviare a questa problematica ad oggi esistono tecniche per preservare la fertilità, fra cui quelle maggiormente diffuse consistono nella criopreservazione dei gameti (Sterling & Garcia, 2020). Tuttavia, alcune ricerche dimostrano come queste procedure siano percepite dalle persone transgender come negativamente impattanti sul proprio

benessere. Subentrano così alcuni fattori psicologici legati a queste procedure mediche, che complessificano la strada verso la genitorialità. Queste tecniche costituiscono uno sconvolgimento della propria identità di genere poiché coinvolgono l'anatomia interna ed esterna associata al sesso e al genere assegnato alla nascita e comportano l'interruzione dei trattamenti ormonali che molti preferirebbero non posticipare (Riggs et al., 2015; von Doussa et al., 2015; Armuand et al., 2017; Chen et al., 2017; Tornello, & Bos, 2017; Petit et al., 2018; Riggs & Bartholomaeus, 2018; Marinho et al., 2021). Il potenziale disagio associato all'uso di parti del corpo e gameti riproduttivi che non sono rappresentativi della propria identità di genere può influenzare il desiderio di genitorialità e contribuire a tassi più bassi di utilizzo della preservazione della fertilità tra persone transgender (Nahata et al., 2017). Altri aspetti psicologici che possono compromettere il desiderio di essere genitori sono i problemi di salute mentale (Tasker & Gato, 2020). Diversi studi riportano, infatti, che i giovani TGD presentano tassi di sofferenza psicologica molto più elevati rispetto ai giovani cisgender, come ad esempio problemi di bassa autostima, di depressione, autolesionismo e suicidalità (Grossman e al. 2016; Rider et al., 2018; Rimes et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2018). Fra le cause della sofferenza psicologica va menzionata anche l'interiorizzazione dello stigma nei confronti delle persone TGD ed in generale degli atteggiamenti prevalenti nella società (transfobia interiorizzata), che a sua volta può essere considerata una barriera psicologica alla genitorialità (Pacilli et al., 2011).

Esistono, inoltre, degli aspetti sociali, che possono intralciare il percorso di genitorialità ed hanno a che fare con l'eventuale discriminazione subita, con l'entità dell'approvazione sociale e del sostegno ricevuto dalle reti sociali e con il modo con cui un genitore transgender può presentarsi narrativamente agli altri. In generale, la decisione di una persona TGD di diventare genitore si può inserire in un contesto sociale complesso ed ostile. Dai dati emerge, infatti, che le persone transgender sperimentano numerosi episodi di discriminazione e pregiudizio (Clements-Nolle et al., 2006; Stotzer, 2009) e subiscono abusi sia psicologici che fisici con frequenza molto maggiore rispetto alla popolazione generale (Nuttbrock et al., 2010). Il supporto sociale ricevuto, nello specifico dalla famiglia d'origine, sembra essere un fattore determinante nella strada verso la genitorialità. Nello studio di Riggs e colleghi (2016)

emerge infatti come la discriminazione da parte della famiglia d'origine sia associata negativamente al desiderio delle persone transgender e gender diverse di avere figli in futuro. Anticipare un rifiuto da parte della famiglia o prevedere lo sconvolgimento della stessa, può costituire un ostacolo importante. Un ulteriore aspetto legato al contesto sociale è la necessità di interfacciarsi con la visione predominante di genitorialità che, attraverso le lenti della società ciseteronormativa, appare come un processo fortemente legato al genere e inscindibile dai modelli tradizionali di famiglia. Diversi autori hanno sottolineato come l'assenza di script socio-culturali affermativi per la genitorialità transgender renda complessa, per le persone TGD, la costruzione di un senso e di una narrazione psicosociale coerente di sé stessi come genitori (Haines et al., 2014; von Doussa et al., 2015). Per le persone non binarie le sfide sociali a tal proposito sono ancora maggiori, dato che esistono ancora meno rappresentazioni genitoriali di genere fluido o neutro (Tasker & Gato, 2020). Un altro punto cruciale, legato al contesto sociale, che può costituire una barriera alla genitorialità è l'anticipazione della discriminazione dei figli stessi. Alcuni studi riportano che le persone trans con figli si trovino spesso in bilico fra due posizioni molto diverse. Da un lato, desiderano rivendicare e comunicare in modo aperto la propria identità trans ai figli e alla comunità per sensibilizzare e ridurre i pregiudizi e lo stigma, dall'altra, in certi contesti, considerano più protettivo evitare di parlarne per non sottoporre anche i loro figli a potenziali atti discriminatori e transfobici (de-Castro-Peraza et al., 2019).

Ci sono, in ultimo, una serie di aspetti strutturali e legali che possono rallentare o ostacolare il percorso, legati alle istituzioni con cui le persone TGD devono dialogare per perseguire il desiderio di genitorialità. Un primo punto che concilia sia aspetti strutturali che sociali è la qualità dei servizi sanitari e la competenza dei professionisti. Nonostante ci siano studi che riportano sia esperienze positive che negative all'interno dei servizi sanitari (Marinho et al., 2021), la maggior parte delle ricerche ha riportato prevalentemente esperienze negative (James-Abra et al., 2015; Payne & Erbenius, 2018; Wingo et al., 2018). Questi episodi negativi nel contesto dell'assistenza sanitaria includono le assunzioni di cisnormatività, per esempio per quanto riguarda l'uso dei pronomi e la terminologia (James-Abra et al., 2015; Payne & Erbenius, 2018; Marinho et

al., 2021), commenti discriminatori (Wingo et al., 2018) o persino il rifiuto da parte del servizio (James-Abra et al., 2015). Un altro aspetto che preclude opzioni di genitorialità è la mancanza di adeguata informazione fornita nel momento iniziale delle terapie affermative. Le linee guida internazionali sulla salute delle persone TGD raccomandano un percorso di counseling sulla fertilità, prima dell'inizio delle varie tappe del percorso affermativo, dato il potenziale di questi trattamenti di compromettere la fertilità. Tuttavia, queste raccomandazioni forniscono poche indicazioni concrete ai medici. Di conseguenza, le differenze di conoscenza e di atteggiamento possono portare i medici ad adottare approcci e obiettivi diversi nella consulenza sulla fertilità che forniscono (Lai et al., 2020). La questione economica è un ulteriore fattore che potrebbe ostacolare i progetti genitoriali delle persone TGD, soprattutto dove le procedure di preservazione della fertilità non sono finanziate da fondi pubblici (Tornello, & Bos, 2017; Riggs & Bartholomaeus, 2018). Le legislazioni stesse, a livello internazionale, sono estremamente variabili per quanto riguarda i diritti delle persone trans. Di conseguenza, l'accesso alla procreazione medicalmente assistita (PMA) per le persone trans dipende dalla legislazione di ciascun Paese (de-Castro-Peraza, 2019). Anche l'accessibilità, da parte delle persone TGD, alle pratiche di adozione può variare molto tra i diversi paesi, ma in generale anche in quel contesto è stato riscontrato un certo livello di discriminazione istituzionale (Brown & Rogers, 2020).

Molti dei fattori sopra esposti, possono essere inquadrati in un panorama più ampio grazie alla cornice concettuale fornita dalla Minority Stress Theory, discussa nella sezione precedente. Oltre all'impatto sulla salute fisica e mentale, questo modello si può applicare, infatti, anche al desiderio e all'intenzione di genitorialità della popolazione LGBT (Scandurra et al., 2019). È stato infatti studiato come la genitorialità possa essere associata a processi di stigmatizzazione in persone con identità sessuali e di genere minoritarie, in particolare tramite l'internalizzazione di pregiudizi che tendono a percepire le persone LGBT come genitori inadeguati (Pacilli et al., 2011). Le barriere al perseguimento del desiderio di genitorialità vanno concepite, quindi, come un insieme di fattori distali, ad esempio gli atteggiamenti discriminatori a livello sociale e gli impedimenti strutturali, e di fattori prossimali che ostacolano in modo più

implicito la genitorialità. Questi ultimi infatti nascono dall'esperienza continuativa di fattori di stress distali e comprendono, in questo caso, l'interiorizzazione degli atteggiamenti societari predominanti in merito alla genitorialità TGD. Si sviluppano quindi aspettative di rifiuto e discriminazione, che minano all'autostima e al senso di competenza degli aspiranti genitori.

Mettere a fuoco tutti i suddetti fattori è un presupposto importante al fine di individuare le aree in cui vi è del margine di cambiamento. A tal proposito si possono distinguere, fra tutti gli aspetti elencati, quelli più universali che riguardano lo status di persona TGD in sé e quelli che invece fanno riferimento ad uno specifico assetto socio-politico, che quindi dipendono maggiormente dal contesto che circonda la persona TGD. Adottare un'ottica cross-culturale può essere utile per comprendere meglio le variabili in gioco e capire come, decostruendo alcune barriere, sia possibile promuovere e difendere i diritti riproduttivi delle persone transgender e gender diverse.

CAPITOLO 2

DIFFERENZE FRA CONTESTO ITALIANO E PORTOGHESE

2.1 Percorsi di affermazione di genere a confronto

È stato già accennato come i percorsi di affermazione di genere possano prendere declinazioni diverse a seconda dei contesti socio-politici nei quali vengono intrapresi. In questa sezione si tratteranno separatamente i modelli di due stati europei, l'Italia e il Portogallo, mettendo a confronto alcune variabili usate su scala globale per differenziare le legislazioni e le politiche dei vari Paesi su questi temi. Alcuni studi hanno evidenziato come il riconoscimento legale del genere, ovvero l'accessibilità a procedure per rettificare legalmente sesso e nome sul certificato di nascita o su altri documenti, rappresenti un importante diritto umano ed abbia un impatto sulla salute mentale e sociale delle persone trans (Moleiro & Pinto, 2020; Open Society Foundations, 2014). Il riconoscimento legale è infatti fondamentale per molte attività della vita quotidiana e le modalità per ottenerlo sono regolamentate dalle leggi in vigore nello specifico Stato.

Il percorso di affermazione di genere in Italia

La diagnosi di disforia di genere (DG) riveste un ruolo di estrema importanza in molte parti del mondo, tra cui l'Italia, laddove soddisfare i criteri per questa diagnosi rappresenta per le persone transgender l'unico canale di accesso a un percorso di transizione coperto dal Sistema Sanitario Nazionale (Crapanzano et al., 2021). In Italia la legge che regola il percorso di affermazione di genere è la n. 164 del 14 aprile 1982, "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" (L. n. 164/1982). La legge stabilisce che deve essere il tribunale di residenza a prendere la decisione sul cambiamento anagrafico di sesso della persona che ne fa richiesta, a seguito dell'ottenimento di una valutazione psicodiagnostica e medica. Nello specifico, la legge riporta anche che il tribunale autorizza, quando risulta necessario, "l'adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico

chirurgico". Ciò è stato per lungo tempo interpretato in modo da considerare necessaria l'operazione chirurgica ai genitali, e dunque la sterilizzazione, per la rettifica del sesso e il cambio del nome sui documenti. Come già menzionato nel capitolo precedente, fu grazie a due importanti sentenze del 2015 (la n. 15138 della Corte di cassazione e la n. 221 della Corte Costituzionale) che l'interpretazione fino a quel momento prevalente venne modificata, stabilendo che l'intervento chirurgico non fosse più obbligatorio, ma una scelta personale (Cavallo et al., 2021).

Prima di accedere all'iter in tribunale, ad ogni modo, le persone TGD devono attraversare diverse tappe necessarie, con tempistiche più o meno stabilite, che seguono alcune linee guida. In Italia le linee guida più applicate dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sono quelle dell'ONIG, l'Osservatorio nazionale sull'identità di genere (www.onig.it), importante associazione che si occupa di transgenderismo in Italia, dal punto di vista scientifico e sociale. La prima fase prevede che la persona, a seguito dell'esperienza di disagio provata per il genere assegnatole alla nascita, cominci a "formalizzare" le domande su di sé e sulla propria identità di genere tramite un percorso psicologico, che ha lo scopo di certificare la disforia di genere (DG) e verificare l'assenza di psicopatologie concomitanti, per avere accesso alle fasi successive. Il percorso psicologico, secondo le linee guida Onig, deve avere primariamente "la finalità di aiutare la persona a esplorare i propri vissuti di genere e ad elaborare i vissuti connessi alle modificazioni somatiche determinate dalle terapie mediche e chirurgiche". Inoltre dovrebbe supportare "l'elaborazione delle questioni relative non soltanto alle tematiche di genere, ma alla più complessiva vicenda esistenziale della persona interessata." Se fosse necessario, può essere prevista anche la partecipazione del partner e/o di membri della famiglia di origine in modo da aiutare anche loro a comprendere a fondo la natura dei vissuti di varianza di genere, migliorando il clima e le dinamiche di coppia e familiari durante il percorso di transizione. Nell'obbligatorietà del percorso psicologico la prassi italiana si discosta dalle linee guida della World professional association for transgender health (Wpath), l'ente con la tradizione più consistente di studi sul tema che invece afferma che la psicoterapia, anche se vivamente consigliata, non dovrebbe essere un requisito necessario per l'accesso alla terapia ormonale o chirurgia, in quanto soltanto alcune

tra le persone con variazioni di genere presentano disforia di genere (Coleman et al., 2022). Da alcune testimonianze di persone TGD che hanno ricevuto assistenza nell'ambito di questo modello medico-psichiatrico, basato sulla diagnosi, emerge la sensazione che l'obbligatorietà di rivolgersi a un professionista della salute mentale risulti patologizzante. Per quanto il percorso di psicoterapia possa rappresentare un prezioso aiuto per acquisire consapevolezza, esplorare e ad anticipare le implicazioni dei cambiamenti del ruolo di genere, in Italia più che un reale sostegno, è spesso vissuto come una valutazione, nell'ottica di dover dimostrare di rientrare negli specifici criteri diagnostici creando una narrazione di sé stereotipata (Schulz, 2018; Cavallo et al., 2021; Crapanzano et al., 2021).

A seguito dell'ottenimento della diagnosi, è possibile accedere alla terapia ormonale prendendo contatti con un endocrinologo. Una novità recente rispetto a questa fase della transizione è che dall'ottobre del 2020 l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha inserito i farmaci ormonali nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, attraverso due Determine (la n. 104272 e la n. 104273) pubblicate in Gazzetta Ufficiale il 23 Settembre del 2020. Sempre secondo le linee guida Onig è raccomandabile che la persona abbia avuto la possibilità di sperimentarsi socialmente nel genere vissuto come proprio prima dell'accesso alla rettifica anagrafica e alle terapie chirurgiche affermative del genere. Per questo motivo in Italia è previsto un periodo definito "test di vita reale", che per prassi dura dai dieci ai dodici mesi, durante il quale la persona inizia a vivere nel mondo come persona del genere a cui si sente appartenere. Nel caso in cui la persona richiedente sia minorenne, prima di poter accedere alla terapia ormonale è necessario siano operate alcune valutazioni aggiuntive. In primo luogo, per la presa in carico è necessario il coinvolgimento di entrambi i genitori ed il loro consenso. È richiesta un'attenta analisi della domanda da parte del professionista, che tenga in conto la fase dello sviluppo della minore e la sua capacità di comprensione e pianificazione a lungo termine. Viene dunque valutata l'effettiva presenza di disagio legato allo sviluppo atipico dell'identità di genere e vengono fornite informazioni adeguate, coinvolgendo i soggetti in età evolutiva e/o i genitori quando ritenuto opportuno, in rapporto all'età e alle circostanze. La terapia ormonale in questi casi, come già

discusso nel capitolo precedente, sarà basata su soppressori della pubertà che, essendo completamente reversibili, danno tempo all'adolescente di riflettere più a lungo ed in condizioni di benessere sulla propria identità di genere e sui cambiamenti a lungo termine che desidera (Ristori & Mazzoli, 2020).

Ad ogni modo, al termine del periodo di sperimentazione sociale sopra menzionato, la persona TGD può ottenere la relazione diagnostica ufficiale e la perizia endocrinologica relativa alla cura ormonale avviata, con cui accedere all'iter legale. Non è possibile prevedere la durata di questa fase in quanto ogni tribunale ha tempi differenti ed in alcuni casi può richiedere una consulenza tecnica, ovvero un'ulteriore relazione fatta da periti, che allungherebbe ulteriormente i tempi della procedura. Nello specifico questa opzione di accertamento viene più frequentemente richiesta nel caso in cui la persona si sia rivolta a professionisti privati anziché al SSN, per cui il tribunale non ha la garanzia del rispetto dei protocolli indicati. La sentenza del giudice darà diritto alla persona di ottenere il cambio anagrafico nei documenti, ovvero l'affermazione legale della propria esistenza con il nome e l'identità utilizzata nei rapporti sociali. Le opzioni legalmente riconosciute in Italia sono "maschio" e "femmina" e non è previsto il riconoscimento di un genere non binario. Nel momento in cui viene presentata l'istanza, qualora la persona lo ritenga utile al proprio percorso, potrà richiedere anche l'autorizzazione per gli interventi di chirurgia affermativa (Cavallo et al., 2021).

Riassumendo e semplificando, dunque, in Italia il percorso di affermazione di genere si basa sul modello medico-psichiatrico e prevede necessariamente una fase psicologica o psichiatrica, con ottenimento della diagnosi di disforia di genere ed una fase ormonale con un periodo di "test di vita reale" a cui consegue l'ottenimento di una perizia endocrinologica. Con questi due documenti è necessario presentare un'istanza al giudice di competenza che, dopo valutazioni ed eventuali accertamenti aggiuntivi, consentirà l'accesso alla rettifica anagrafica e, se desiderato, alle operazioni chirurgiche.

Il percorso di affermazione di genere in Portogallo

Passando ora ad analizzare la situazione attuale in Portogallo, si metteranno in luce alcuni punti in comune ed alcuni punti di discontinuità con le procedure italiane, che verranno sistematizzati sulla base di alcuni criteri in seguito. In Portogallo, fino al 1995 gli interventi chirurgici affermativi di genere erano vietati dal Codice Deontologico medico. A partire da quella data il Consiglio Nazionale dei medici ha revocato questo divieto, dichiarandolo non etico ed illecito (Hines & Santos, 2018) ed ha aperto quindi la possibilità alle persone TGD di sottoporsi a queste procedure chirurgiche, a seguito di due valutazioni cliniche indipendenti. Tuttavia, la legislazione sul riconoscimento legale del genere in Portogallo è rimasta sostanzialmente inesistente fino al 2011. Le persone TGD che desideravano cambiare i propri documenti ufficiali, prima di questa data, dovevano citare lo Stato in un processo giudiziario, che poteva durare diversi anni. Inoltre, in tribunale, venivano imposti diversi requisiti, tra cui la prova della sterilizzazione e dell'assenza di figli, la prova del divorzio con un eventuale partner e la prova di aver "completato" procedure ormonali e chirurgiche, compresa la chirurgia genitale (Moleiro et al. 2023; Moleiro & Pinto, 2020). Solo nel settembre del 2010, un disegno di legge è stato proposto dal governo e approvato dalla maggioranza in Parlamento. Venne riconosciuto che le procedure precedentemente diffuse violavano i Principi di Yogyakarta (Moleiro & Pinto, 2020), principi che sono stati sviluppati a livello internazionale nel 2006 e forniscono una guida ai paesi sulle questioni relative ai diritti umani, in questo caso in relazione all'identità di genere, e sugli standard giuridici da seguire. Sebbene non giuridicamente vincolanti, un numero crescente di paesi li sta introducendo nella propria legislazione, proprio come è avvenuto nel caso del Portogallo (Open Society Foundations, 2014). L'importante legge sull'identità di genere (Lei n. 7/2011, 15 marzo) venne dunque approvata dal Parlamento portoghese nel 2011, istituendo un processo amministrativo accessibile alle persone TGD maggiori di 18 anni. L'unico prerequisito era quello di presentare all'anagrafe un documento attestante una diagnosi clinica di disforia di genere, rilasciato da un'equipe sessuologica composta da almeno uno psichiatra ed uno psicologo clinico. Il processo doveva essere celere, ovvero entro 8 giorni l'addetto al registro civile era tenuto ad accettare la richiesta, chiedere ulteriori

informazioni o respingere la richiesta (Open Society Foundations, 2014). La legge è stata descritta dalla Commissione Europea come "la prima legge europea sul cambiamento del nome e sul riconoscimento legale del genere che soddisfi i Principi di Yogyakarta e le linee guida per i Diritti Umani della Commissione Europea" (European Commission, 2012, p. 72).

Nonostante fosse, all'epoca, considerata una legge molto avanzata e progressista, la sua applicazione pratica non ha tardato ad identificarne i punti deboli e le incoerenze. Dopo uno studio di 5 anni sull'attuazione e sull'impatto della legge n. 7/2011 (Moleiro & Pinto, 2020) e dopo molte critiche alla patologizzazione implicita delle identità e alle pratiche di "gatekeeping" supportate dalla suddetta legge (Hilário, 2020), nel 2018 è stata approvata una nuova legge (Lei n. 38/2018), ovvero la legge che attualmente regola il percorso di affermazione di genere in Portogallo. La legge 38/2018 riconosce il diritto all'autodeterminazione delle persone TGD di età superiore ai 16 anni, concede protezione legale all'identità e all'espressione di genere, permette il percorso di affermazione di genere da un punto di vista sociale tra i bambini e i giovani e stabilisce il diritto all'integrità corporea per i neonati e i bambini intersessuali. Questo cambiamento di paradigma ha aperto "uno spazio per le persone trans di essere trattate come esperte dei loro corpi e delle loro identità" (Hilário, 2019, p. 463). È stato mantenuto il termine massimo degli otto giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda per ottenere l'approvazione, ma non vi è alcun requisito di dimostrare di essersi sottoposti a procedimenti chirurgici, ormonali, né a percorsi psicologici o psichiatrici. In Portogallo ad oggi non è quindi necessario avere una diagnosi di disforia per ottenere il riconoscimento legale della propria identità di genere. Gli unici tre requisiti richiesti sono di essere di nazionalità portoghese, di non soffrire di disturbi psichiatrici e di essere maggiori di 16 anni. Più specificatamente, gli over 18 hanno accesso all'autodeterminazione legale piena, mentre i minori, tra i 16 e 18 anni, sono condizionati da un certificato di consapevolezza e autorizzazione da parte dei genitori. Ad ogni modo, tutte le persone, anche minori di sedici anni, possono usare ufficialmente il nome sociale che corrisponda alla propria identità di genere anche se non corrisponde al nome registrato all'anagrafe. L'utilizzo del nome sociale può essere sollecitato dalla persona o dai suoi rappresentanti legali. Continua,

tuttavia, a non esserci alcun riconoscimento delle identità non binarie, né la protezione e il riconoscimento delle persone TGD residenti in Portogallo senza cittadinanza portoghese (Matos et al., 2023)

Questa legge consente quindi una separazione fra l'affermazione legale e il percorso medico (Hilário, 2019), rimuovendo così ostacoli e condizionamenti da parte dei professionisti sanitari e permettendo che le persone scelgano in modo più libero rispetto al proprio percorso. Per quanto riguarda le questioni mediche, invece, le procedure da seguire richiedono una prima valutazione da un'equipe multidisciplinare con l'ottenimento della diagnosi di disforia di genere ed una seconda valutazione di un'equipe indipendente, dopo un periodo di sei mesi di terapia ormonale, per avere accesso ai trattamenti chirurgici. Questo è ancora in contrasto con l'ultima versione degli Standards of Care della WPATH (Coleman et al., 2022), che afferma che, nei paesi in cui viene richiesta una diagnosi, per lo meno dovrebbe essere fatta richiesta di una sola diagnosi di incongruenza di genere, seguendo la versione più recente dell'ICD. La diagnosi di incongruenza di genere, come già menzionato nel capitolo precedente, riflette unicamente la differenza tra l'identità di genere della persona e il suo genere attribuito alla nascita, al contrario, la diagnosi di disforia di genere fa riferimento ad una sofferenza e disagio clinicamente significativi che derivano da questa incongruenza, disagio che non tutte le persone TGD sperimentano necessariamente (Matos et al., 2023).

Modelli a confronto

L'uso del modello medico-psichiatrico di accesso ai servizi di transizione di genere, attualmente prevalente in Italia, ovvero un modello basato sulla diagnosi di DG, è stato ampiamente criticato e definito un modello di "gatekeeping", ovvero ostacolante per la persona (Crapanzano et al., 2021). La necessità di rientrare in determinati criteri diagnostici sembra inoltre perpetuare forme di "normatività" cercando di imporre una visione specifica della vita delle persone transgender, che può essere definita "transnormativa". Il termine "transnormatività" si riferisce alle narrazioni dominanti che determinano ciò che significa essere transgender, enfatizzando un insieme particolare e ristretto di cliché a cui ci si aspetta che tutte le

persone transgender aderiscano (Vipond, 2015). In alcuni stati si sta progressivamente affermando un modello alternativo che pone la persona in una posizione centrale nel percorso di transizione e ne rispetta l'autonomia e il diritto di autodeterminazione. L'assunto alla base è che i medici lavoreranno per facilitare le decisioni dei pazienti rispetto alla propria vita e al percorso di cura (Cavanaugh et al., 2016). Secondo tale modello, supportato anche dall'ultima versione degli Standards of Care della WPATH (Coleman et al., 2022), le persone TGD stesse sono considerate in grado di decidere se sono pronte o meno ad accedere ai servizi sanitari legati alla transizione. Di conseguenza, il ruolo dell'operatore sanitario diventerebbe quello di fornire informazioni su rischi, eventi avversi, benefici e possibili conseguenze ed ottenere il consenso informato del paziente. Ciò che viene valutato dall'operatore sanitario, in questo caso, non sarebbe il disagio che la persona potrebbe provare rispetto alla propria identità, ma la capacità cognitiva di intraprendere una decisione "informata" in merito all'assistenza sanitaria richiesta (Crapanzano et al., 2021) Di conseguenza, con questo approccio, la decisione di procedere con i trattamenti affermativi viene condivisa tra la persona richiedente e l'operatore sanitario che la segue, entrambi svolgendo un ruolo chiave nel processo decisionale collaborativo (Coleman et al., 2022). Il Portogallo ha iniziato questo percorso verso l'autodeterminazione e si è affrancato, almeno parzialmente, dal modello medico-psichiatrico. Nonostante si tratti di un Paese relativamente avanzato legalmente in merito a queste questioni, specialmente se considerato nel contesto dell'Europa Meridionale (Moleiro et al. 2023), molti ritengono che ci sia molto ancora da migliorare e che non sempre la pratica corrisponda alla teoria (Matos et al., 2023).

Secondo esperti di diritti umani, le legislazioni e policies sul riconoscimento sociale e legale delle persone TGD dovrebbero, idealmente: essere basate sull'auto-definizione della propria identità di genere, piuttosto che sulla verifica da parte di figure professionali; fornire più di due opzioni di sesso e genere per includere le persone che non si riconoscono nel binarismo maschio-femmina; includere le persone intersessuali; essere applicabili a tutti i residenti; includere opzioni per bambini o giovani commisurate alle loro capacità; prevedere procedure relativamente semplici e brevi, gratuite o comunque a bassi costi, trasparenti anziché

discrezionali e che garantiscono l'assoluta protezione della privacy. Non dovrebbero, invece, richiedere diagnosi mediche di disforia di genere o di disturbi dell'identità di genere; non dovrebbero forzare la transizione medica, né ormonale né chirurgica; non dovrebbero richiedere sterilizzazione, né esplicitamente né implicitamente tramite richiesta di procedure di cui la sterilizzazione sia la conseguenza; non dovrebbero richiedere il divorzio o la dissoluzione di precedenti unioni civili ed, in ultimo, non dovrebbero proibire la genitorialità. Inoltre, una distinzione primaria tra le procedure di riconoscimento legale del genere (LGR) fra i diversi Paesi è la richiesta di intraprendere solo un procedimento amministrativo, oppure anche un processo giudiziario (Open Society Foundations, 2014). Il primo Paese ad approvare procedure amministrative per il riconoscimento legale del genere, basate sul principio di autodeterminazione, ovvero il primo a riconoscere legalmente l'identità di genere di una persona senza alcun requisito, fu l'Argentina nel 2012. La legge argentina (Decreto N. 773/12), ancora oggi, si distingue come l'unica legislazione che affronta in modo completo quasi tutti i principi sopra citati. Costituisce infatti un punto di riferimento per attivisti e responsabili politici che desiderano sviluppare leggi progressiste sul riconoscimento del genere. Negli ultimi anni, altri Paesi hanno seguito i passi dell'Argentina, implementando procedure basate sul principio dell'autodeterminazione, anche se alcuni, come appunto il Portogallo, differiscono ancora in particolari requisiti (Moleiro & Pinto, 2020; Open Society Foundations, 2014).

Entrando nel merito rispetto alle similarità e differenze fra le procedure attualmente in vigore nel contesto italiano e nel contesto portoghese, sulla base di quanto detto finora, possiamo identificare diversi aspetti. In primo luogo, in Italia è richiesto un processo giudiziario, ovvero bisogna fare riferimento al tribunale di residenza ed è il giudice ad avere l'ultima parola, mentre in Portogallo dal 2011 non è più così, in quanto è stata istituita una procedura amministrativa che coinvolge esclusivamente l'anagrafe. Il secondo aspetto di discontinuità fra i due Stati, già messo in evidenza, è la necessità, sul suolo italiano, di ricevere una diagnosi di disforia per ottenere il riconoscimento legale di genere, necessità che a partire dal 2018 in Portogallo è stata revocata, garantendo il diritto di autodeterminazione. Nel territorio portoghese la diagnosi resta comunque necessaria per accedere ai trattamenti

ormonali e chirurgici. Un'altra differenza evidente concerne la durata del processo di riconoscimento legale che, in teoria, in Portogallo dovrebbe essere vincolata agli 8 giorni lavorativi, mentre in Italia, essendo uno step conclusivo del percorso di affermazione di genere, potrebbe richiedere alcuni anni come minimo, comprendendo le tempistiche del percorso psicologico, del percorso ormonale, del test di real life e l'accesso al tribunale stesso. In Portogallo il periodo di sperimentazione sociale (test di real life) non è previsto nemmeno in un secondo momento. Come ulteriore elemento di discontinuità va menzionato anche il fatto in Portogallo il percorso di transizione legale non comporti il divorzio o lo scioglimento delle unioni civili, mentre in Italia ciò sia previsto dalla legge. Il Portogallo inoltre concede protezione legale all'identità e all'espressione di genere, quando invece in Italia ad oggi non esistono leggi specifiche che proteggano le persone TGD da crimini d'odio e da discriminazioni. Tra i punti di contatto fra le legislazioni di questi due Stati va menzionata, invece, la presenza in entrambi di procedure specifiche rivolte ai minori, con alcune valutazioni aggiuntive, e l'eliminazione del requisito della sterilizzazione per accedere al riconoscimento legale. Entrambe le legislazioni, invece, ancora non riconoscono legalmente le persone non-binarie, né consentono l'accesso a queste procedure di riconoscimento legale del genere a tutti i residenti, quindi cittadini stranieri che non possiedono la cittadinanza ne risultano esclusi (TGEU trans rights map, 2023; Ilga Rainbow Europe, 2023)

Per concludere, dunque, è importante notare l'impatto che vedere riconosciuta la propria identità di fronte alla legge può avere sul benessere. Alcuni studi hanno indagato l'implementazione e l'impatto delle legislazioni che regolano il riconoscimento legale di genere e difendono i diritti delle persone TGD. Da un lato sono emerse evidenze che correlano l'accessibilità alla transizione legale a più bassi tassi di ideazione suicidaria e di tentati suicidi (Bauer et al., 2015). Dall'altra, coerentemente, l'impossibilità di accedere alle procedure desiderate è stato trovato essere un predittore significativo di cattiva salute percepita (Zeluf et al., 2016). Ne consegue che l'individuazione e l'adozione dell'approccio e delle procedure più adatte a soddisfare i complessi e variegati bisogni della popolazione TGD potrebbe essere di grande aiuto

per diminuire la disforia di genere e ridurre l'alto rischio suicidario, garantendo una buona qualità di vita a tutte le persone.

2.2 Accesso alla transgenitorialità: differenze strutturali e legislative

Nel precedente capitolo sono state esplorate le aspirazioni genitoriali delle persone TGD, collocandole in un più ampio progetto di crescita personale e di costruzione di una famiglia. Alcuni studi hanno esplorato l'impatto di differenti contesti di discriminazione sistemica sulla salute sessuale e riproduttiva di questo gruppo marginalizzato (Agénor et al., 2021). Le persone TGD, infatti, sviluppano le loro identità e costruiscono le loro famiglie in contesti spesso discriminatori, a livello sia micro che macro (Downing, 2012). In questa sezione verranno messe a confronto le barriere strutturali e legislative che genitori, o aspiranti genitori, appartenenti alla comunità TGD affrontano nel loro percorso in due contesti differenti, quello italiano e quello portoghese. Sia il desiderio di genitorialità che le conseguenti sfide vissute nell'ambito della preservazione della fertilità, sono stati documentati ed indagati, sebbene da un numero esiguo di studi, sia nel contesto italiano (Monaco, & Nothdurfter, 2023; Botteghi & Romanella 2022; Scandurra et al., 2021) che nel contesto portoghese (Capela et al., 2021; Gato & Fonseca, 2022; Marinho et al., 2021; Moleiro et al. 2023). È importante tenere in considerazione che la popolazione TGD è molto variegata, in termini di caratteristiche socio-demografiche, di modelli di affermazione di genere e anche in termini di aspirazioni genitoriali. Questo è particolarmente rilevante per lo sviluppo di politiche sociali e sanitarie, poiché le diverse aspirazioni alla genitorialità comportano specifiche esigenze di salute riproduttiva (Rodriguez-Wallberg et al., 2023).

Come già più volte sottolineato, prima di iniziare una terapia ormonale o di sottoporsi a un intervento chirurgico che comporti l'asportazione di organi riproduttivi, dalle linee guida internazionali (Coleman et al., 2022) è consigliato che venga previsto un colloquio con professionisti per discutere delle aspettative, dei desideri e delle future volontà di avere prole, biologica o meno. Questo spazio è importante per valutare le opzioni che più si confanno alla persona o alla coppia. Fra queste possibilità si hanno la procreazione senza l'uso di metodi di Procreazione

Medicalmente Assistita (PMA), ovvero tramite rapporti sessuali, la crioconservazione dei gameti con conseguente uso di metodi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e, infine, l'adozione (Matos et al., 2023). In Italia sembra che, nonostante esistano queste raccomandazioni, spesso le persone trans e non binarie si rivolgano in concreto a personale sanitario poco preparato in questo campo. Inoltre, data la poca informazione ed il clima di transnormatività, per non precludersi la possibilità di cominciare la terapia medicalizzata, spesso preferiscono tacere sul loro desiderio di avere bambini (Botteghi & Romanella 2022). Anche in Portogallo è stata individuata la mancata conoscenza dei processi di preservazione di fertilità come principale causa per cui queste procedure non vengono intraprese (Gato & Fonseca, 2022). Questi risultati sono in linea con quelli ottenuti da Marinho e colleghi (2021), in cui su un totale di 14 persone trans portoghesi, solo 4 dichiarano di aver ricevuto informazioni concrete sulla preservazione della fertilità. Le persone trans hanno bisogno di ricevere informazioni chiare sulle possibilità di genitorialità per poter prendere decisioni informate sul loro futuro.

La transgenitorialità in Italia è un fenomeno molto recente. È da pochi anni, infatti, che è possibile per le persone TGD diventare genitori biologici a transizione avvenuta, in quanto dal 1982 fino al 2015 la sterilizzazione è stata interpretata come un requisito necessario per effettuare il percorso di affermazione di genere. Questo determina il fatto che la maggioranza dei genitori TGD nel nostro paese siano tali avendo procreato prima della transizione. Anche se con le Sentenze del 2015, citate in precedenza, si è data una nuova interpretazione alla legge rispetto all'obbligo del ricorso alla sterilizzazione, pregiudizi culturali, arretratezza nei protocolli medici ed ostacoli normativi pongono ancora difficoltà alla possibilità di espressione della genitorialità biologica delle persone TGD post-transizione in Italia (Botteghi & Romanella 2022). Molti problemi rispetto ai diritti genitoriali delle persone TGD derivano dalla mancata corrispondenza tra l'identità di genere delle persone e ciò che viene registrato nel documento d'identità dell'figlio (European Commission, 2020). Sia in Italia che in Portogallo ancora non esiste il riconoscimento legale della genitorialità trans, ovvero l'identità di genere del genitore TGD non viene riconosciuta nell'atto di nascita dell'figlio (Ilga Rainbow Europe, 2023). Anche in Portogallo, dunque, nonostante

i notevoli progressi compiuti negli ultimi anni rispetto all'autodeterminazione delle persone TGD, esistono ancora lacune legali che perpetuano l'ineguaglianza e l'invisibilità delle persone TGD. Così come il sistema giuridico italiano, anche quello portoghese concepisce la genitorialità, analogamente al riconoscimento dell'identità di genere, in modo esclusivamente binario - ovvero o si è "padre" o si è "madre" - e cisnormativo - ovvero se si è un uomo cis si è "padre" e se si è una donna cis si è "madre". Inoltre, l'accertamento della filiazione avviene in relazione alla madre, in quanto gestante, e la paternità è presunta nei confronti del marito della madre e, in caso di filiazione al di fuori del matrimonio, è stabilita mediante riconoscimento (de Oliveira Rodrigues, 2022).

Oltre alla discriminazione sistemica causata da questo mancato riconoscimento legale dalla genitorialità biologica, va considerato che la criopreservazione dei gameti e l'utilizzo di questi ultimi tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) restano accessibili con alcuni vincoli. Il quadro normativo in Italia riguardante la PMA è sancito dalla legge n. 40 del 19 febbraio 2004 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita) e dalle successive modifiche. Si tratta di una legge molto articolata e complessa, che disciplina i diversi aspetti connessi alla PMA. Tuttavia, è solo dal 9 aprile 2014, con la sentenza della Corte Costituzionale n. 162, che in Italia la fecondazione con donazione eterologa di gameti (ovociti o spermatozoi) è possibile. Con fecondazione eterologa si intende che gli spermatozoi o gli ovociti provengono da un/a donatore/trice estraneə alla futura coppia di genitori, di maggior interesse specialmente per le persone TGD. L'accesso è consentito solo a coppie formate da maggiorenni eterosessuali, coniugate o conviventi, in cui entrambi siano viventi ed in età potenzialmente fertile. È consentito solo se l'infertilità non è risolvibile altrimenti. Resta, inoltre, vietata la cosiddetta "maternità surrogata" o gestazione per altri (GPA), cioè il ricorso all'utero di un'altra donna per portare a termine la gravidanza. Il prezzo in Italia per congelare gli ovuli varia in base a diversi fattori, come il numero degli ovociti e la durata del periodo di conservazione, ma in media è stato stimato un costo tra i 2400-2500 euro. Si prevede, in generale, un periodo di conservazione tra uno e quattro anni, dopo il quale si richiede un ulteriore pagamento annuale. Il costo delle analisi del

liquido seminale e la conservazione degli spermatozoi per il primo anno è di circa 500 euro, a cui vanno sommati circa 200 euro all'anno per gli anni successivi di conservazione (Botteghi & Romanella 2022).

In Portogallo, invece, secondo la Legge n. 17/2016 del 20 giugno (che modifica la legge 32/2006), i metodi di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono accessibili in un set di casistiche più ampio rispetto che in Italia. Possono essere utilizzati da persone di età superiore ai 18 anni che soddisfano una delle seguenti condizioni: coppie di sesso diverso oppure coppie di donne, sposate o conviventi in condizioni analoghe a quelle dei coniugi; oppure tutte le donne, indipendentemente dallo stato civile, dall'orientamento sessuale e dalla diagnosi di infertilità. È possibile utilizzare ovociti, sperma o embrioni donati da altri. La legge non specifica, in realtà, se per "donne" si intendano tutte le persone a cui è stato assegnato alla nascita il genere femminile, anche se attualmente hanno il marcatore di genere maschile (compresi quindi gli uomini trans), o se si intendano tutte le persone con marcatore di genere femminile, anche se è stato loro assegnato alla nascita il genere maschile (comprese le donne trans). Tuttavia, dato l'oggetto e il contenuto della legge, si può ritenere che siano incluse tutte le persone a cui possono essere applicati fisicamente i metodi di procreazione medicalmente assistita. La crioconservazione di spermatozoi e ovociti avviene per un periodo di cinque anni, rinnovabile su richiesta della persona. Quando la persona lo desidera ed è pronta, può procedere con i metodi di Procreazione Medicalmente Assistita, per utilizzare i propri gameti (Matos et al., 2023). Dal 2021 è inoltre possibile accedere alla gestazione per altri (GPA), in via eccezionale e gratuita, in caso di assenza di utero, lesione o malattia di quest'organo o altra situazione clinica che impedisca in modo assoluto e definitivo di rimanere incinta (Lei n. 90/2021).

Anche per quanto riguarda l'adozione i quadri normativi, sia italiano che portoghese, prevedono alcuni vincoli. In Italia, l'articolo 6 della legge 184/1983 stabilisce che l'adozione è consentita a coniugi uniti in matrimonio da almeno tre anni, o per un numero inferiore di anni se i coniugi abbiano convissuto in modo stabile e continuativo prima del matrimonio per un periodo di tre anni. L'età degli adottanti deve superare di almeno diciotto e di non più di quarantacinque anni l'età

dell'adozione, con la possibilità di deroga in caso di danno grave per il minore (Botteghi & Romanella 2022). La legislazione portoghese include, anche nel caso dell'adozione, un insieme di beneficiari più vasto rispetto al contesto italiano. Secondo la Legge n. 2/2016 del 29 febbraio e la Legge n. 143/2015 dell'8 settembre, possono ricorrere all'adozione coppie portoghesi o straniere, dello stesso sesso o di sesso diverso che vivono in Portogallo, sono sposati o vivono in un'unione di fatto da più di 4 anni, hanno entrambi più di 25 anni e meno di 61 anni. Possono accedere all'adozione anche persone singole di età superiore ai 30 anni e inferiore ai 61, che siano celibi/nubili, coniugati, vedovi o conviventi (Matos et al., 2023). Tuttavia, va considerato quanto possa essere realistica l'opzione dell'adozione per le persone TGD, considerato che, in molti paesi, i servizi che si occupano di adozione ancora faticano a riconoscere i diritti genitoriali delle persone TGD alla pari di quelli delle persone cisgender (Brown & Rogers, 2020). Non sono stati trovati studi specifici nei due Stati presi in esame su questo tipo di discriminazione sistemica nell'ambito dell'adozione.

Concludendo, dunque, possiamo affermare la presenza di alcune differenze, sebbene non sostanziali, nell'accessibilità alla genitorialità da parte di persone TGD fra l'Italia e il Portogallo. In particolare in Portogallo possono accedere anche coppie omosessuali e persone singole, quando invece in Italia sia la PMA che l'adozione sono prerogative delle coppie eterosessuali. In entrambi i paesi, tuttavia, non esiste il riconoscimento legale della genitorialità TGD, che per la legge è concepita in modo binario e cisnormativo. Possiamo avere una visione d'insieme rispetto ai diritti riproduttivi delle persone LGBTI+ in Europa nell'edizione 2023 (basata sui dati del 2022) del rapporto "Rainbow Europe", dove il Portogallo compare, per quanto riguarda la categoria di diritti per le famiglie, in 11ª posizione, sui 49 stati europei considerati, ed invece l'Italia si colloca più in basso, in 34ª posizione. Questa graduatoria è costruita esaminando i progressi compiuti nei vari ambiti e fornendo esempi concreti a livello nazionale, paese per paese, nei 12 mesi da gennaio a dicembre 2022 (Ilga Rainbow Europe, 2023). Si può concludere dunque che nell'ambito delle varianze di genere le oppressioni sono pervasive ed un'identità trans, durante il suo sviluppo, è spesso costretta ad un processo di attribuzione di senso della propria esperienza in contesti di invisibilità, sia giuridica che sociale (Medico et al., 2020).

Tabella 1. Situazione giuridica sull'affermazione di genere e accesso alla genitorialità

	PORTOGALLO	ITALIA
Punteggio complessivo sulla situazione giuridica e politica dei diritti umani delle persone LGBTI (Ilga Rainbow Europe, 2023)	62%	25%
Riconoscimento legale del genere		
Esistenza di procedure amministrative	sì <input checked="" type="checkbox"/> dal 2011	NO <input checked="" type="checkbox"/> processo giudiziario
Autodeterminazione	sì <input checked="" type="checkbox"/> dal 2018	NO <input checked="" type="checkbox"/> necessaria diagnosi
Assenza di obbligatorietà di interventi chirurgici	sì <input checked="" type="checkbox"/> dal 2011	sì <input checked="" type="checkbox"/> dal 2015
Assenza di obbligatorietà di trattamenti ormonali	sì <input checked="" type="checkbox"/> dal 2011	NO <input checked="" type="checkbox"/> necessaria terapia ormonale + test di real life (10/12 mesi)
Assenza di obbligatorietà di divorzio	sì <input checked="" type="checkbox"/> dal 2011	NO <input checked="" type="checkbox"/> necessario scioglimento matrimonio
Riconoscimento legale del genere neutro	NO <input checked="" type="checkbox"/> M o F	NO <input checked="" type="checkbox"/> M o F
Tempistiche contenute	sì <input checked="" type="checkbox"/> 8 giorni lavorativi dal 2011	NO <input checked="" type="checkbox"/> alcuni anni
Possibilità genitoriali		
Riconoscimento della genitorialità trans e non binary	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Accesso persone TGD alle procedure di criopreservazione	sì <input checked="" type="checkbox"/> Prezzi stimati Ovuli: 2000-3000 euro Spermatozoi: 500 euro	sì <input checked="" type="checkbox"/> Prezzi stimati Ovuli: 2400-2500 euro Spermatozoi: 500 euro + 200 all'anno

PMA per coppie omogenitoriali	SI <input checked="" type="checkbox"/> dal 2016	NO <input type="checkbox"/>
Maternità surrogata	SI <input checked="" type="checkbox"/> dal 2011 (solo in caso di assenza di utero)	NO <input type="checkbox"/>
Adozione per coppie omogenitoriali	SI <input checked="" type="checkbox"/> dal 2015	NO <input type="checkbox"/>
Adozione per persone single	SI <input checked="" type="checkbox"/> dal 2015	NO <input type="checkbox"/>

2.3 Violenze e discriminazioni: differenze socio-culturali

Se nella sezione precedente è stata presa in considerazione la discriminazione strutturale subita dalle persone TGD da parte delle istituzioni, ora il focus si sposta su contesti più intimi e quotidiani (come la famiglia, la scuola o il posto di lavoro) nei quali le persone possono subire violenze, discriminazioni e microaggressioni. L'obiettivo è quello di comprendere come questi episodi discriminatori abbiano un impatto sul tema d'indagine di questo elaborato, ovvero la genitorialità. Tuttavia, la letteratura che indaga questo tipo di correlazione nei due Stati in esame è molto esigua. Ci si limiterà, dunque, a descrivere brevemente i due contesti socio-culturali, in termini di violenze e discriminazioni subite dalle persone TGD secondo i dati in letteratura, con la consapevolezza che questa sezione non rappresenta una trattazione esaustiva del tema. Si confronteranno, dunque, i livelli di generale accettazione sociale basandosi sia su dati oggettivi che sulle percezioni delle persone TGD in Italia ed in Portogallo.

Sia l'Italia che il Portogallo sono paesi dell'Europa Meridionale con una forte tradizione cattolica e l'influenza che essa esercita sulla politica e sulla società dei due paesi è ancora importante. In tal senso, tuttavia, la situazione italiana ha delle unicità, a causa della posizione dello Stato del Vaticano e delle forti connessioni fra potere politico e clericale. Questo va considerato fra le cause dell'arretratezza italiana in

materia di riconoscimento di diritti civili fondamentali per tutte le minoranze sessuali e di genere (Lingiardi et al., 2016). Ad ogni modo, anche in Portogallo la visibilità ed il riconoscimento dei diritti LGBT è relativamente recente, a causa della sua storia. Prima del 25 aprile del 1975, infatti, durante il periodo di dittatura, erano promossi valori della famiglia patriarcale e della ciseteronormatività (Gato et al., 2020). Tuttavia, con poco più di due decenni di attivismo per le tematiche LGBT, negli ultimi 15 anni è stata raggiunta in Portogallo una quantità significativa di cambiamenti nei contesti legali e sociali per quanto riguarda il riconoscimento, la consapevolezza e il rispetto della diversità sessuale e di genere. Nonostante le condizioni della comunità in Portogallo siano notevolmente migliorate (Oliveira et al., 2013), le pratiche discriminatorie e violente sono ancora presenti e le persone TGD sono il gruppo più colpito (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Il contesto italiano non si può descrivere come un contesto supportivo per la popolazione TGD, soprattutto in quanto ancora non sia stata promulgata una chiara politica anti-discriminatoria per proteggere le persone della comunità da stigma sociale e crimini d'odio (Scandurra et al., 2019). Uno studio europeo di Turner et al. (2009), volto a mappare i crimini di odio transfobico in Europa, in un campione di 2.669 persone TGD, ha rilevato che le persone TGD italiane hanno sperimentato la percentuale più alta (51%) di commenti verbali transfobici. Allo stesso modo, in uno studio che analizza le cause degli omicidi transfobici in Europa tra il 2008 e il 2013, l'Italia è stata classificata come il paese europeo con il secondo più alto tasso di crimini d'odio transfobici, dopo la Turchia (Prunas et al., 2014). Anche nel 2020 l'Italia sembra avere il più alto numero di omicidi di persone transgender in Europa (TvT Research Project, 2020). L'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (2014) ha condotto un'indagine sulla popolazione LGBT nei Paesi dell'Unione Europea (UE) che ci permette di esaminare alcuni dettagli delle condizioni della popolazione transgender. I risultati mostrano che solo il 35% della comunità transgender italiana fa coming out apertamente nella sfera privata e solo il 23% nella sfera professionale. Si parla inoltre di microaggressioni, costrutto che è entrato a far parte del quadro concettuale emerso dal modello del minority stress. Le microaggressioni, un concetto originariamente introdotto per le minoranze etniche, rappresentano una sottile ed

insidiosa forma di discriminazione vissuta nel quotidiano, che danneggia la salute psicologica e il benessere delle persone LGBT (Anzani et al. 2021).

In uno studio qualitativo di Scandurra e colleghi (2019) la maggior parte dei partecipanti ha raccontato diversi episodi di stigmatizzazione (ad esempio, abusi verbali o fisici, difficoltà a trovare lavoro, ecc.), vissuti in contesti diversi (ad esempio, scuola, luogo di lavoro, sistemi sanitari, ecc.). Tuttavia, tutti i partecipanti hanno concordato che gli episodi di stigmatizzazione più significativi sono stati quelli vissuti all'interno della famiglia d'origine, in particolare quando erano bambini. Inoltre, la letteratura scientifica evidenzia diversi mezzi attraverso i quali lo stigma familiare può manifestarsi, ovvero l'aggressione fisica, verbale e sessuale, o mezzi meno evidenti, come la mancanza di supporto emotivo (Factor e Rothblum, 2007). I partecipanti nello studio di Scandurra e colleghi (2019) menzionano, inoltre, che l'aver interiorizzato norme sociali rigide sull'aspetto esteriore e sul ruolo di genere relative alla femminilità o alla mascolinità è stato per loro fonte di grande disagio. I dati su omicidi, violenze, microaggressioni e discriminazioni parlano chiaro rispetto al clima vissuto dalle persone TGD in Italia e costituiscono importanti stressor distali nel modello del minority stress. Sono stati evidenziati, inoltre, alcuni fattori più prossimali come l'interiorizzazione delle norme sociali che complicano ulteriormente la questione. Studi che hanno valutato l'effetto del minority stress sulla salute delle persone transgender italiane sembrano confermare che questa popolazione è a rischio di subire diversi episodi di stigmatizzazione che, a loro volta, possono influire sulla loro salute mentale (Scandurra et al., 2017).

Come già menzionato, anche in Portogallo le pratiche discriminatorie e violente contro la popolazione TGD sono ancora presenti, sebbene i dati sembrano essere meno estremi rispetto al contesto italiano. Secondo il rapporto stilato nell'ambito del progetto Trans Murder Monitoring (TMM), dal 2008 al 2022, gli omicidi transfobici in Portogallo sono stati due (Transgender Europe TGEU, 2023). Tuttavia, per quanto riguarda gli episodi di discriminazione, lo studio condotto dall'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (2014), già menzionato in precedenza, riporta che il 57% delle persone TGD portoghesi intervistate ha dichiarato di aver

vissuto, nell'anno precedente all'indagine, situazioni in cui si sentiva vittima di discriminazioni o molestie a causa del suo essere percepito come persona trans.

Per concludere, dunque, va preso in considerazione l'impatto che le violenze e le discriminazioni possono avere sul desiderio delle persone TGD di perseguire la genitorialità. Da un lato, il senso di minaccia e pericolo che potenzialmente deriva dai dati sopra riportati potrebbe non consentire alle persone TGD la tranquillità e stabilità necessarie per esplorare ed interrogarsi sulle questioni inerenti la genitorialità. Ciò potrebbe anche essere mediato dalle ricadute sulla salute mentale che l'essere membro di una minoranza comporta (Frost & Meyer, 2023). Al contempo, alla luce della consapevolezza di vivere in un contesto stigmatizzante e discriminatorio, possono sorgere anche preoccupazioni relative al futuro benessere dei propri figli, le quali agiscono da freno alle potenziali aspirazioni genitoriali.

CAPITOLO 3

LA PRESENTE RICERCA

3.1 Obiettivi

Lo studio esposto nel presente lavoro di tesi si colloca all'interno di un più ampio progetto di ricerca, coordinato dalla Professoressa Marina Miscioscia del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli studi di Padova. Il progetto, dal nome "Identità di genere e genitorialità biologica in persone transgender e non-binary", è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università di Padova (Area 17 - n.4756/2022) ed ha l'obiettivo di indagare diversi aspetti relativi alla genitorialità nelle persone transgender e gender diverse. In particolare, il presente studio si basa su un approccio qualitativo e cross-culturale e mira ad indagare come si presenta il desiderio di genitorialità nelle persone TGD e come sia influenzato da specifiche variabili. Si esplorano, inoltre, le attitudini personali nei confronti delle tecniche di preservazione della fertilità e le sfide che ostacolano il suddetto desiderio. Sono stati messi a confronto un campione di persone italiane ed un campione di persone portoghesi.

Nello specifico, si intende approfondire, tramite l'analisi qualitativa di interviste semi-strutturate, la comprensione degli aspetti psicologici e sociali coinvolti nella genitorialità delle persone appartenenti a minoranze di genere. In tal senso, si è ritenuta importante la scelta di un approccio qualitativo, per poter cogliere sfumature e specificità delle riflessioni personali dei partecipanti. Il desiderio di genitorialità, infatti, è una tematica intima e complessa da esplorare in studi single methods. Il secondo obiettivo è più specifico e peculiare ed ha a che fare con l'approccio comparativo cross-culturale che permette di analizzare le variabili legate al contesto che possono facilitare o, al contrario, ostacolare la creazione di un progetto genitoriale ed il suo perseguimento, da parte di persone transgender e non-binary. L'ipotesi che muove il presente lavoro è, dunque, che persone immerse in contesti socio-culturali e assetti legislativi differenti possano vivere esperienze e sviluppare prospettive sul tema della genitorialità, commisurate, in una certa misura, al contesto in cui vivono.

La letteratura dimostra che diversi fattori interagiscono con il processo decisionale delle persone TGD di diventare genitori. Come ampiamente esposto nei capitoli precedenti di questo lavoro di tesi, gli elementi che possono interporre fra desiderio e realtà concreta sono di varia natura. Si può trattare, infatti, di ostacoli biomedici, ostacoli psicologici, ostacoli sociali e ostacoli strutturali-legislativi (Tasker & Gato, 2020; de-Castro-Peraza et al., 2019; Tornello, & Bos, 2017; Marinho et al., 2021). Molte fra queste barriere hanno come denominatore comune l'ignoranza, le discriminazioni e i pregiudizi riservati dalle società alle minoranze di genere. Per questa ragione, l'esperienza della genitorialità si può contestualizzare all'interno della teoria del Minority Stress (Meyer, 2003) interpretando gran parte delle sfide che le persone TGD devono affrontare, come prodotto dell'eccessiva esposizione allo stress derivante dal loro status sociale stigmatizzato di minoranza. I suddetti fattori ostacolanti, si possono dunque ulteriormente suddividere in fattori distali, ovvero fattori indipendenti dall'individuo, che derivano dalle interazioni con persone e istituzioni, e fattori prossimali, ovvero fattori interni all'individuo, legati alle sue percezioni soggettive e valutazioni (Scandurra et al., 2019).

Negli ultimi decenni, la ricerca nell'area della genitorialità TGD sta aumentando esponenzialmente, proliferando specialmente nel contesto americano (Stolk et al., 2023). Alcuni risultati ottenuti hanno confermato la presenza di alcune difficoltà specifiche relative all'interazione del desiderio di genitorialità con il vissuto della disforia, con la discriminazione subita come genitori transgender e con lo spazio dedicato alla discussione della propria fertilità e salute riproduttiva con gli operatori sanitari contestualmente al percorso di affermazione di genere. Questi elementi interagenti sembrano essere in grande misura dipendenti dal contesto in cui la persona è inserita. Tuttavia, ad oggi, gli studi presenti in letteratura nell'ambito della genitorialità TGD, con uno sguardo cross-culturale sulle sfide che questa popolazione deve affrontare, sono ancora un numero molto esiguo (Leibetseder & Griffin, 2020; Leibetseder, 2018; Elischberger et al. 2018). Si ritiene di grande importanza che gli ostacoli sopra menzionati vengano analizzati comparando diversi contesti socio-politici, in quanto comprendere quali fattori ed aspetti specifici di un contesto impattano maggiormente sul progetto genitoriale è centrale per elaborare strategie

di lotta alla transfobia e alla discriminazione. Il fine ultimo di questo progetto di ricerca è, infatti, quello di tutelare e promuovere la salute riproduttiva delle minoranze di genere e sessuali.

3.2 Partecipanti

Il presente studio è stato svolto su un campione di 11 partecipanti, di cui 6 residenti in Portogallo e 5 residenti in Italia. La composizione del campione complessivo è eterogenea in termini di età, identità di genere, sesso assegnato alla nascita ed orientamento sessuale dell'3 partecipanti. Per tenere conto delle differenze iniziali fra i due gruppi - italiano e portoghese - si è utilizzata una tecnica di abbinamento (matching) ovvero, a partire dall'insieme dell'3 partecipanti portoghesi, si è costruito un gruppo di partecipanti italiani che avesse una composizione quanto più simile al gruppo portoghese, in termini di età, identità di genere e sesso assegnato alla nascita. Come esposto in *Tabella 1* le età dei partecipanti sono comprese fra i 19 ed i 56 anni e sono distribuite in modo abbastanza omogeneo all'interno di questa fascia. L'orientamento sessuale dei partecipanti è eterogeneo, infatti, 3 persone si definiscono eterosessuali, 3 si definiscono bisessuali, 2 pansessuali, 1 omosessuale e infine 2 persone nello spettro dell'asessualità, di cui una nello specifico si definisce demisessuale. In termini di identità di genere, all'interno del complessivo campione reclutato, 6 partecipanti si identificano come donne transgender, 2 partecipanti come uomini transgender, 2 partecipanti come non binary, di cui uno nello specifico si definisce genderfluid ed infine un partecipante si definisce come persona transgender. Quest'ultimo partecipante è una persona AMAB portoghese ad una fase molto iniziale della sua affermazione di genere e, per questa ragione, nonostante si definisca transgender ed affermi di riconoscersi nel genere femminile, ancora non desidera definirsi donna trans e chiede che ci si rivolga a lui con i pronomi maschili.

Tabella 2. Partecipanti delle interviste

Codice identificativo	Età	Identità di genere*	Sesso assegnato alla nascita	Orientamento sessuale*	Paese di residenza
AP001	20	maschile	AFAB	pansessuale	Portogallo
AP002	47	femminile	AMAB	bisessuale	Portogallo
AP003	36	transgender	AMAB	asessuale	Portogallo
AP004	47	femminile	AMAB	bisessuale	Portogallo
AP005	19	femminile	AMAB	pansessuale	Portogallo
AP006	32	genderfluid	AMAB	bisessuale	Portogallo
CP001	21	maschile	AFAB	eterosessuale	Italia
FG004	56	femminile	AMAB	eterosessuale	Italia
FG006	46	femminile	AMAB	omosessuale	Italia
FG002	22	femminile	AMAB	eterosessuale	Italia
AM011	29	non binary	AMAB	demisessuale	Italia

** sono stati riportati i termini esatti utilizzati dai partecipanti per descrivere la propria identità di genere e il proprio orientamento sessuale*

3.3 Strumenti e procedure

Il progetto al quale questo studio fa riferimento è stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica, Area 17, dell'Università degli Studi di Padova (n.4756/2022) che lo ha considerato redatto in conformità alle norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea e alla Dichiarazione di Helsinki. La ricerca è stata approvata, successivamente, anche dalla Comissão Ética dell'ospedale nel quale è stato svolto il reclutamento sul territorio portoghese (n. 05/2023). Tutti i ricercatori che sono stati coinvolti nelle fasi di reclutamento dei partecipanti, raccolta, somministrazione e custodia dei dati rispondono al Codice Deontologico degli Psicologi. Il reclutamento per le interviste semi-strutturate è avvenuto, sia per il gruppo

italiano che per il gruppo portoghese, a seguito della compilazione del questionario fornito durante la prima fase della ricerca, inerente alla raccolta di dati quantitativi sui temi di genitorialità ed identità di genere. I criteri d'inclusione che sono stati considerati durante il reclutamento dell₃ partecipanti includono aver raggiunto la maggiore età di 18 anni ed identificarsi come persone transgender o non binary al momento della somministrazione del questionario e dell'intervista.

Il questionario è stato proposto alle persone contestualmente agli appuntamenti con psicologi ed endocrinologi, inerenti al loro percorso di affermazione di genere. È stato inoltre diffuso su gruppi e piattaforme online e tramite il passaparola. Alla conclusione della compilazione, alcun₃ partecipanti hanno dato disponibilità ad essere contattati tramite mail per partecipare all'intervista in un secondo momento. L₃ partecipanti del presente studio sono stat₃, quindi, contattat₃ per concordare la data di svolgimento dell'intervista e durante questa fase è stato loro inviato il consenso informato, contenente tutti i dettagli relativi al trattamento dei dati ed alle modalità di svolgimento della ricerca. Tutti i consensi sono stati sottoscritti e ricevuti dai ricercatori prima dello svolgimento dell'intervista semi-strutturata. Le interviste si sono svolte su piattaforma digitale Zoom nella lingua madre delle partecipante, quindi 6 sono state condotte in lingua portoghese, mentre 5 in lingua italiana. Sono state, inoltre, integralmente registrate in forma audio e video, dopo aver ottenuto il consenso scritto alla videoregistrazione dall₃ partecipanti. Le interviste al gruppo italiano si sono svolte dal mese di Giugno al mese di Novembre 2022, mentre quelle al gruppo portoghese si sono svolte dal mese di Aprile al mese di Giugno 2023.

A ciascuna partecipante è stato chiesto, prima dell'inizio dell'intervista, che pronomi preferisse venissero utilizzati, al fine di rispettare l'identità di genere dell₃ partecipanti. Le interviste si sono basate su 17 domande, che sono state redatte in italiano e tradotte ed adattate al contesto portoghese in un secondo momento, volte ad indagare le loro attitudini verso la genitorialità come persone transgender o non binary. Trattandosi di interviste semi-strutturate, durante la somministrazione si è cercato di attenersi alle domande guida, consentendo al contempo l'introduzione di informazioni tangenziali rilevanti, al fine di ricostruire in modo organico il punto di vista dell'intervistat_e. Le 17 domande vengono riportate nella versione italiana qui di seguito.

- 1) Per iniziare, le chiedo se vorrebbe raccontare un po' di sé liberamente: chi è, di che cosa si occupa, con chi vive e se ha qualche passione?
- 2) Ha mai desiderato o progettato di diventare genitore? Perché? Se sì, ha una partner col quale vorrebbe dei figli? In che modalità preferirebbe averli?
 - a. Se possibile le chiedo di distinguere tra le riflessioni e le valutazioni fatte prima e dopo/durante il percorso di affermazione di genere.
- 3) In preparazione e durante il percorso di affermazione di genere, è stata informata rispetto all'impatto dei trattamenti ormonali sulla fertilità e le eventuali possibilità di criopreservazione dei gameti? Come?
- 4) Come si sono posti i operatori sanitari (medici, psicologi...) che l'hanno seguita nel percorso di affermazione di genere rispetto alla possibilità di preservazione della fertilità?
- 5) Come ha reagito la famiglia alla sua possibilità di criopreservare?
- 6) Ha una sua opinione rispetto a come andrebbe presentato l'argomento della preservazione della fertilità? Cosa ne pensa?
- 7) In riferimento alla criopreservazione ed alla possibilità di preservare le strutture atte al concepimento, le chiedo se può raccontare la sua situazione e posizione relativamente a questo aspetto e quale scelta ha operato in merito.
 - a. Le chiedo se può indicare i motivi per i quali è arrivata a questa scelta e se ha avuto dubbi o perplessità in merito.
 - b. Se ha fatto la criopreservazione, com'è stata per lei quest'esperienza?
 - c. Se ha intenzione di fare la criopreservazione in un secondo momento, come si immagina gli effetti di tali procedure su di sé, sia dal punto di vista fisiologico che psicologico? E quali effetti si immagina rispetto al rapporto con il proprio corpo e la sua attribuzione di genere?
- 8) (Per i partecipanti AFAB) Ha mai desiderato o valutato di portare avanti una gravidanza? In caso affermativo, come si immagina in questa ipotesi?
 - a. Se possibile le chiedo di distinguere tra le riflessioni e le valutazioni fatte prima e dopo/durante il percorso di affermazione di genere.
- 9) Come si prospetta l'effetto di un'eventuale gravidanza sul suo corpo? Come pensa cambierebbe il suo rapporto con il corpo e la sua immagine di sé stessa?

- 10) Pensa che questa esperienza potrebbe intersecarsi o scontrarsi con il suo percorso di affermazione di genere? Come?
- 11) Si prospetta delle difficoltà rispetto a tali modificazioni corporee e ormonali (fisiologiche e psicologiche)? In caso affermativo, quali?
- 12) Senza pensare specificatamente nella sua esperienza ma in modo più generale nella comunità TGD, quali pensa che siano le principali motivazioni che portano una persona transgender ad intraprendere o meno le tecniche di preservazione della fertilità (ed eventualmente una gravidanza se AFAB)?
- 13) Pensa che ci siano sfide specifiche legate al contesto sociale del suo Paese per la genitorialità transgender?
- 13) Quali pensa che potrebbero essere le sfide di quest'eventuale scelta di genitorialità sull3 figl3 di persone TGD?
- 14) Cosa significa genitorialità per lei? Le chiedo, se possibile, di rispondere elencando cinque aggettivi che ritiene pertinenti.
- 15) Come si immagina da qui a 10 anni?
- 16) Ci sono cose che le abbiamo chiesto durante l'intervista che non sono state piacevoli o cose che secondo lei avremmo dovuto chiedere e che non sono state chieste?

3.4 Focus Analysis for Multicultural Research

Dopo aver trascritto tutte le interviste verbatim e completato le procedure di anonimizzazione, per ogni intervista è stata redatta una scheda secondo il modello della Focus Analysis for Multicultural Research (FAfMR). Questo tipo di analisi qualitativa prende origine dalla Thematic Analysis (TA) di Braun e Clarke (2006) ed è stata ideata dalla Prof.ssa Anna Malmquist, dell'Università di Linköping, in Svezia. Data la natura eterogenea dal punto di vista culturale dell3 partecipanti del presente studio, le schede della Focus Analysis for Multicultural Research si configurano come preziosi strumenti per consentire l'analisi delle interviste mettendone a confronto i contesti socio-politici, pur mantenendo integro l'apporto che ciascuna conferisce allo studio. La FAfMR si compone, infatti, di schede nelle quali viene riassunto e rielaborato il punto

di vista delle partecipanti, suddividendolo in aree tematiche rilevanti ed accompagnandolo con le rispettive citazioni tratte dall'intervista stessa. Si tratta quindi di un lavoro di riorganizzazione dei contenuti per semplificare la rilettura delle interviste e rendere il confronto fra vari campioni più facilmente accessibile. Al contempo, consente di non perdere dati importanti circa il fenomeno di studio che si intende approfondire.

Nel caso del presente studio sono state individuate, partendo dalla letteratura, quattro aree tematiche di indagine, nelle quali sono stati condensati i contenuti delle 11 interviste. Le aree sono le seguenti: (1) desiderio di genitorialità, (2) opinioni sulla criopreservazione, (3) fattori di supporto al progetto genitoriale, (4) fattori ostacolanti il progetto genitoriale. Le prime due aree fanno riferimento all'obiettivo più ampio dello studio, ovvero la comprensione profonda dei vissuti emotivi e delle esperienze delle persone TGD in merito alla genitorialità ed alla criopreservazione. La terza e la quarta area mirano, invece, a mettere a fuoco gli aspetti contestuali, positivi e negativi, che influenzano la concretizzazione dei progetti genitoriali. Le citazioni riportate hanno permesso, inoltre, di inquadrare in modo più diretto ed immediato i vissuti emotivi delle persone intervistate. Le citazioni delle interviste portoghesi sono state riportate nelle schede FAfMR sia in lingua originale, per non perderne le sfumature linguistiche, che nella rispettiva traduzione italiana, in vista della stesura di questo elaborato di tesi.

A partire da queste schede di FAfMR è stato svolto un lavoro di Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006) per l'individuazione di sottotemi all'interno delle macroaree descritte. La Thematic Analysis è uno strumento di analisi qualitativa dei dati caratterizzato da una grande flessibilità, che permette ai ricercatori di identificare ed analizzare in dettaglio i pattern tematici all'interno di un determinato set di dati. Secondo le autrici questo approccio, che in realtà consiste in una famiglia di approcci, vuole privilegiare la riflessività e la sensibilità teorica rispetto al mero proceduralismo. È necessario che i ricercatori siano consapevoli dei propri processi decisionali e che cerchino di possedere e padroneggiare una propria prospettiva, sia personale che teorica. Il processo decisionale dei temi è, dunque, caratterizzato da molta flessibilità. Che siano identificati a livello semantico o latente, per numerosità o sola pertinenza

alla domanda di ricerca, ai ricercatori viene chiesto di mantenere coerenza in tutte le fasi della ricerca rispetto al metodo scelto di individuazione dei temi e di esplicitare e giustificare il proprio metodo. Le strutture tematiche individuate si devono basare su un significato centrale, di conseguenza possono includere anche argomenti differenti che sottendono il medesimo significato. Non si tratta, quindi, di un semplice riassunto degli argomenti, ma di un lavoro interpretativo dei contenuti (Braun & Clarke, 2023).

Nello specifico, nel presente lavoro sono stati catalogati i pattern semantici emersi all'interno delle quattro categorie sopra descritte. Si è cercato di aderire il più possibile ai significati comunicati dall₃ partecipanti, accorpando le narrative simili di un medesimo fenomeno. A tal proposito, lo scambio comunicativo è stato considerato nei suoi vari aspetti, cercando, quando possibile, di cogliere ed interpretare anche le sfumature emotive espresse tramite il non-verbale. Nell'ambito delle ultime due aree tematiche, ovvero rispetto ai fattori che influenzano il progetto genitoriale, si è data priorità ai contenuti legati, direttamente o indirettamente, al contesto socio-politico, maggiormente pertinenti alla domanda di ricerca. Altre tipologie di variabili che possono impattare sul progetto genitoriale delle persone TGD, non specificatamente contestuali, sono state tuttavia trattate all'interno delle prime due macroaree.

CAPITOLO 4

ANALISI DEI RISULTATI

Tramite i metodi di analisi qualitativa sopra descritti sono state individuate, dunque, quattro aree tematiche, a partire dalla letteratura, all'interno delle quali sono stati individuati sottotemi, a partire dai significati sottesi ai contenuti delle interviste. Una chiara overview di questa struttura tematica è esposta di seguito nella Tabella 3.

Tabella 3. Aree tematiche e sottotemi individuati

1. Desiderio di genitorialità	<ul style="list-style-type: none">a. Variabili che influenzano il desideriob. Modalità preferenziale di genitorialitàc. Dimensione di coppiad. Significati ed aspettativee. Prerequisiti per la genitorialità
2. Opinioni sulla criopreservazione	<ul style="list-style-type: none">a. Consapevolezza sul tema e fonti di informazioneb. Fattori che influenzano negativamente la sceltac. Fattori che influenzano positivamente la scelta
3. Fattori ostacolanti il progetto genitoriale	<ul style="list-style-type: none">a. Discriminazione strutturale e legislativab. Contesto socio-culturale stigmatizzantec. Anticipazione di discriminazione
4. Fattori di supporto al progetto genitoriale	<ul style="list-style-type: none">a. Validazione della genitorialità in contesti sanitarib. Validazione sociale e modelli positivic. Attitudine positiva

4.1 Desiderio di genitorialità

La prima area tematica che è stata messa a fuoco in fase di analisi qualitativa delle interviste è stata il desiderio di genitorialità, inteso come volontà, più o meno concreta, di diventare genitore in un futuro, più o meno prossimo. Si tratta, in generale, di un tema articolato, in quanto si fonda su riflessioni molto intime e comprende l'intersecarsi di molteplici variabili. Nello specifico nella popolazione TGD, dall'interazione fra l'identità di genere e l'evolvere di questo desiderio possono emergere alcuni aspetti peculiari. I sottotemi individuati sono i seguenti: (a) variabili che influenzano il desiderio; (b) modalità preferenziale di genitorialità; (c) dimensione di coppia; (d) emozioni ed aspettative; (e) prerequisiti per la genitorialità.

a. Variabili che influenzano il desiderio

Il primo sottotema emerso riguarda l'andamento del desiderio di genitorialità nel corso del tempo, conseguente all'interazione con alcune variabili, che ne facilitano lo sviluppo o la dissolvenza. La maggioranza degli partecipanti dello studio dichiara di desiderare di avere figli in futuro, nello specifico nove partecipanti su un totale di undici. La prima variabile che sembra avere un impatto sul desiderio di genitorialità è la presa di consapevolezza della propria identità di genere. Quattro partecipanti riferiscono in modo esplicito che, dopo aver compreso e accolto la propria identità di genere, si sia concretizzato in loro il desiderio di creare una famiglia. Le partecipanti AP003 e AP004 riportano che prima dell'affermazione di genere avevano idee poco chiare in merito alla genitorialità e pensavano di rinunciare alla possibilità di avere figli. Anche AP005 e AP001 affermano di aver cominciato a concepire la genitorialità in termini più concreti, solo dopo la transizione.

“Prima di rendermi conto di essere trans non ho mai voluto avere figli, poi ho iniziato a rendermi conto di essere trans verso i 15/16 anni e... e da lì c'è sempre stato il desiderio di avere una famiglia, di creare una famiglia”

Lingua originale: "Antes de ter percebido que era trans nunca quis ter filhos entretanto comecei a perceber que era trans por volta dos 15/16 anos e .. é assim .. sempre esteve aqui o desejo de ter uma família, criar uma família"

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

Qualcune riporta, invece, che il desiderio di essere genitore era presente fin da prima di prendere consapevolezza di essere transgender, per quanto possa essere in una certa misura mutato nel corso degli anni. La partecipante portoghese AP002, ad esempio, ha desiderato essere genitore ed ha avuto esperienza diretta della genitorialità, prima della sua presa di consapevolezza rispetto alla sua identità di genere. La partecipante ha infatti una figlia, che al momento dell'intervista ha 15 anni, nata da un matrimonio con una donna durato 12 anni. Anche la partecipante italiana FG002 riferisce la presenza del desiderio di diventare genitore sin da quando era piccola. Tuttavia, dice di non sapere realmente in che misura questo suo desiderio fosse influenzato dalle aspettative della società. In merito all'interazione del suo desiderio di genitorialità con l'inizio del percorso affermativo, riporta che non crede che le sue idee sulla questione nello specifico siano mutate molto. Riconosce, tuttavia, che con il suo processo di crescita sta cambiando come persona e di conseguenza inevitabilmente si aspetta che molte delle idee che aveva prima sul mondo possano prendere una forma diversa.

"Anche quando ero, ero piccola, penso che ci sia sempre stato un pochino il desiderio. Cioè mi sembrava, ma non so, non so se fossi condizionata comunque dalla società che di solito dice bisogna avere figli per forza e quindi ce l'avevo comunque già in testa, oppure se era davvero una cosa mia. (...) Adesso non penso di che che siano così diverse da.. da dalle idee che avevo prima. Però insomma se sento che io come persona sto cambiando molto durante questo percorso che ho iniziato da pochi mesi, e.. e sto scoprendo molte cose di me, di che cosa voglio dalla vita, e come voglio un po' una vita nel mondo. Quindi penso che un po' inevitabilmente anche questo aspetto che per me è appunto abbastanza importante in qualche modo cambierà ma

anche perché cambia un po' la percezione che io ho di me e tutto quello che ci sta intorno. "

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

Una partecipante italiana, FG004 (56 anni), riporta invece un effetto dell'affermazione di genere nella direzione contraria, in quanto la consapevolezza rispetto alla sua identità di genere è stata accompagnata da una sorta di rassegnazione rispetto alle sue possibilità genitoriali. Riferisce di aver vissuto, a partire dalla sua adolescenza (dai 14/15 anni), come ragazza transgender e quindi con la consapevolezza che, per gli strumenti, la ricerca e l'inclusione dell'epoca, non ci sarebbero state molte possibilità per dar voce a questo potenziale desiderio. Dichiarò di non aver mai più di tanto riflettuto sulla questione nel corso della sua vita, secondo lei a causa della rassegnazione nel sapere che, ad ogni modo, non avrebbe potuto. In generale, sembra quindi che, per molti, il momento di affermazione di genere rappresenti un momento di grandi cambiamenti nel proprio punto di vista sul mondo, interferendo in diversi modi con l'importante tema della genitorialità.

Nell'analisi delle interviste sono stati individuati anche altri fattori che possono influenzare come le persone si rapportano al proprio desiderio di genitorialità, fattori non esclusivamente legati ai momenti di avvio del percorso di affermazione, ma presenti come riflessioni generali. Tre partecipanti riportano come entrare in contatto in modo vicario con l'esperienza della genitorialità, ovvero avere a che fare con persone vicine a loro diventate genitori abbia rappresentato un punto di svolta nell'evoluzione del loro desiderio genitoriale.

"È così... Ho avuto delle ragazze, e cioè alcune di loro erano già mamme e ciò ha risvegliato il mio desiderio di essere mamma e poi, nel frattempo, nel corso del tempo ho sentito questo desiderio alcune volte... Guardavo le coppie con bambini, e mi sarebbe piaciuto averli"

Lingua originale: "É assim.. eu tive namoradas, portanto, algumas já eram mães, mas o que me despertou aquele desejo de ser mãe mas, entretanto, com o

tempo tinha este desejo às vezes.. eu olhava para os casais com filhos, até gostava de ter”

(partecipante AP004, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

Un altro elemento che sembra avere un impatto sullo sviluppo del desiderio di genitorialità è l'età dei partecipanti. Da un lato, sembra che prima di una certa età sia infrequente sviluppare un desiderio di genitorialità, dall'altro, l'età avanzata può invece affievolire il desiderio. Dall'intervista della partecipante italiana FG006, ad esempio, emerge che prima dei 30 anni per lei non si era mai concretizzato il desiderio di essere madre, a causa della priorità data alla sua persona ed alle sue esperienze. D'altro canto, la partecipante portoghese AP002 (47 anni), riporta di non desiderare attualmente di avere figli, principalmente a causa della sua età. Riferisce infatti che, a prescindere dal percorso di affermazione di genere, a quell'età non desidererebbe più comunque avere figli, in quanto la vita di un figlio necessita di cure e sostegno per molti anni. Ipotizzando di aver preso consapevolezza della sua identità di genere in età più giovane la partecipante ritiene che le cose probabilmente sarebbero andate in modo diverso. Un'ulteriore variabile menzionata da alcuni partecipanti come determinante per lo sviluppo del desiderio è il valore assegnato ai legami familiari, anche basandosi sui rapporti intessuti con la famiglia di origine.

b. Modalità preferenziale di genitorialità

Un altro sottotema emerso è la presenza di una gerarchia di preferenze nella modalità con cui i partecipanti vorrebbero mettere al mondo dei figli. Per qualcuno queste preferenze sono molto marcate per specifiche ragioni, per altri invece la scelta è più indifferente o guidata da fattori secondari. Per quanto riguarda il metodo dell'adozione, sono tre i partecipanti che la considerano la propria opzione di preferenza. Per qualcuno sembra essere una scelta assodata e pianificata, per altri, invece, sembra ancora un'idea poco concreta. Il partecipante AP001 afferma che non ha mai desiderato avere figli biologici, né portare avanti una gravidanza e che, dopo il percorso di affermazione, è emersa in lui con più chiarezza la volontà di adottare. Nel parlare della sua preferenza per l'adozione menziona anche le difficoltà della via

biologica causate dalle terapie affermative ormonale e chirurgica, da lui già avviate al momento dell'intervista. Anche AP005 riferisce che ha sempre avuto in mente l'idea di adottare, piuttosto che procreare biologicamente. Il partecipante AP003, invece, sembra essere in una fase ancora di valutazioni iniziali. Riferisce di aver riflettuto vagamente sull'adozione internazionale, in particolare gli farebbe piacere adottare una bambina di un altro Stato, come ad esempio dall'Ucraina, dato il contesto di guerra e crisi umanitaria. Sembra essere convinto della sua preferenza per l'adozione, a discapito dei figli biologici, anche per suoi problemi personali di salute che non gli consentono di avere a che fare con confusione e rumori intensi. Da qui il pensiero che adottare una bambina, evitando i primissimi anni di vita, aggirerebbe questa sua barriera personale.

"Non ho pianificato, non ho ancora pianificato di essere padre, ma ho vagamente pensato di adottare, ma adottare a medio-lungo termine. Qualcuno... un bambino, un bambino di un'ambasciata o qualcosa del genere, mi piacerebbe che fosse straniero, in questo caso ucraino, o in realtà anche portoghese, o di qualche altro Paese. Questo è quello che ho pensato, ho pensato, sì, vagamente, ma di adottare, non di essere padre biologico".

Lingua originale: "Não planejei, não planejei ainda ser pai, mas já pensei vagamente em adotar, mas adotar mais médio-longo prazo. Alguém ... uma criança, uma criança de uma embaixada, ou assim, eu queria ser estrangeira, neste ou caso ucraniana ou até portuguesa, ou de outro país qualquer. Foi isso que eu pensei, pensei, sim, vagamente, mas planejar a mas adotar, não ter biológico."

(partecipante AP003, AMAB, transgender, 39 anni, portoghese)

Altr₃ tre partecipanti dichiarano di aver considerato valida anche l'opzione dell'adozione, nonostante per diverse ragioni la scelta propenda per i figli biologici. La partecipante FG002 è convinta del fatto che sia possibile creare un legame molto stretto e speciale anche con un figlio adottivo. Tuttavia, idealmente preferirebbe un figlio biologico per poter tramandare i suoi geni, ma ha considerato anche l'adozione,

spinta dal desiderio di aiutare bambini che hanno bisogno, senza portare un'altra vita su questo pianeta. La partecipante portoghese AP004, invece, riferisce di aver preso in considerazione anche l'adozione ma di essere frenata dalla burocrazia e dalla paura di non venire accettata dal figlio adottivo.

“Ci ho già pensato, mi sono anche documentata su Internet - ma poi ho iniziato a pensare che la burocrazia dell'adozione è un po' complicata in questo Paese. Non so come sia in Italia, ma qui è molto complicato, c'è molta burocrazia (...) poi sono sempre un po' preoccupata che l'adozione possa andare male, o che non mi accettino, o che non gli piaccia. Non so, tutte queste cose..”

Lingua originale: “Já pensei nisso, eu até já.. já cheguei a estar a investigar na Internet a adoção- Só que depois começo a pensar que a burocracia da adoção é um bocado complicado neste país. Não sei como é que você faz na Itália, mas é aqui é muito complicado, tem muita burocracia. (...) depois, eu fico sempre com um certo receio para a adoção que possa correr mal ou não possa aceitar-me, ou não gostar de mim. Não sei lá, essas coisas todas..”

(partecipante AP004, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

Alcun₃ partecipanti hanno parlato della necessità di tenere in considerazione anche desideri, bisogni e timori delle partner nel stilare questa gerarchia di preferenze. Il partecipante CP001, ad esempio, considera l'opzione dell'adozione molto valida. Secondo lui, infatti, il legame tra genitori e figli non ha nulla a che fare con il legame biologico, ma piuttosto con il percorso di crescita e con l'educazione. Sebbene il partecipante considererebbe indifferente la scelta fra figli biologici o adozione, la propensione della coppia per la procreazione medicalmente assistita con l'inseminazione artificiale deriva dal desiderio della sua partner di sperimentare la gestazione e la gravidanza.

“Io sono dell'idea che dal momento in cui un bambino che è stato adottato o che è nato in una maniera diversa da quella biologica io sono dell'idea che comunque rimane tuo figlio, cioè comunque lo cresci tu. 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. (...) La mia compagna che sarebbe interessata proprio alla sensazione del parto, ad avere un bambino... a me in realtà è più indifferente, cioè se dovessi anche scegliere semplicemente l'adozione - anche se è un procedimento lungo, difficile... io probabilmente farei anche solo quello. Però, anche lì, a me farebbe piacere se la mia compagna vuole provare quella sensazione di portare avanti una gravidanza e quindi in quel caso lo farei anche io volentieri."

(partecipante CP001, AFAB, uomo transgender, 21 anni, italiano)

Anche il partecipante AM011 In merito alla modalità con cui desidera diventare genitore afferma che idealmente gli piacerebbe avere un figlio naturale biologico all'interno della coppia. Sebbene il desiderio di un figlio biologico sia, anche per la sua partner, molto forte, si sentono frenati in questo caso, a causa della paura di lei ad immaginarsi incinta. Per questa ragione hanno considerato, su un piano molto vago, anche l'opzione dell'adozione, per evitare la gravidanza.

Per quanto riguarda l'opzione di avere figli biologici, tramite la PMA, sono due I₃ partecipanti che la considerano con certezza la loro prima scelta. Per I₃ partecipanti AP004 e FG002 la modalità preferenziale con cui vorrebbero avere dei figli sarebbe la genitorialità biologica, attraverso la PMA e la criopreservazione dei gameti. Anche per il partecipante CP001, come già visto, si tratta della prima scelta, ma, in questo caso, per motivazioni più legate a desideri della sua partner. Nel caso dell₃ due partecipanti che si definiscono non binary, AP006 e AM011 la modalità che prediligono sembra quella di una figli^e concepi^te naturalmente, tramite rapporti sessuali. Questo è reso possibile dal fatto di essere entramb₃ AMAB ed in una relazione con una donna cisgender. Inoltre, entramb₃ non hanno intenzione di sottoporsi a trattamenti ormonali né chirurgici, per cui la loro fertilità non rischia di subire alterazioni. Anche la partecipante AP002 ha sperimentato la genitorialità di una figlia naturale biologica, messa al mondo prima che lei iniziasse il percorso di affermazione di genere.

Restando nell'ambito della genitorialità biologica, sono emerse nell'analisi delle interviste alcune opinioni rilevanti rispetto alla possibilità di portare avanti una gravidanza. I due partecipanti AFAB, gli unici all'interno del campione di partecipanti

ad essere biologicamente predisposti ad una gestazione, sembrano nutrire un'avversione nei confronti della gravidanza, per ragioni abbastanza simili. Il partecipante portoghese AP001 afferma che non se la sentirebbe di condurre una gravidanza, in quanto raffigurata nella società come prerogativa esclusiva delle donne cisgender. Di conseguenza, potrebbe rappresentare un'esperienza psicologicamente dolorosa e disturbante per lui, provocando disforia.

"Penso che con la mia identità di genere e con la mia... penso che mi farebbe molto male psicologicamente... perché associamo molto la gravidanza alle donne cis. E non credo che mi sentirei bene con il mio corpo. Mi avrebbe fatto molto male, mi avrebbe portato molti problemi psicologici. Decisamente sì".

Lingua originale: "acho que com a minha identidade de género e com o meu .. eu acho que me ia fazer muito mal psicologicamente... porque associamos muito a gravidez às mulheres cis. E acho que não me ia sentir bem com o meu corpo. Ia-me fazer muito, ia-me trazer muitos problemas psicologicamente. Definitivamente sim."

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

La questione della disforia corporea è una delle motivazioni per cui anche il partecipante italiano CP001 afferma di non voler in alcun modo portare avanti una gravidanza. Riporta, infatti, che qualsiasi richiamo alla femminilità nel suo corpo lo faccia soffrire molto e, essendo la gravidanza nell'immaginario comune sovrapponibile esclusivamente al concetto di 'donna', non crede che, per la società in cui è inserito, sarebbe per lui possibile affrontare quest'esperienza. Ritiene che se la società fosse più inclusiva e i due concetti si svincolassero, per molti ragazzi trans prendere questa scelta risulterebbe più fattibile. Per quanto riguarda lui, tuttavia, dice che forse comunque non se la sentirebbe anche per altre ragioni, come il timore del parto e della gravidanza in sé. È importante mettere in evidenza che la gravidanza può essere un fenomeno vissuto con sofferenza circa il corpo anche da alcune persone AMAB, per il motivo opposto. Ad esempio, la partecipante italiana FG002 afferma di aver vissuto, in un primo periodo, con molta disforia il fatto di non poter

restare incinta e portare avanti una gravidanza, cosa per cui si è sentita alcune volte inadeguata.

“quando ho iniziato a realizzare ecco un po’ la mia identità trans, una parte della disforia era anche data dal fatto che io, cioè quando vedevo delle donne cis incinta o insomma il fatto che la maggior parte delle donne cis può restare incinta, io mi sentivo in un qualche modo inadeguata perché dicevo beh io non non potrò mai mai avere”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

c. Dimensione di coppia

Un altro sottotema emerso e ritenuto rilevante, sempre nell’ambito dell’area tematica del desiderio di genitorialità, è l’importanza attribuita alla dimensione di coppia come presupposto per la genitorialità. Per alcuni partecipanti sembra, infatti, che il desiderio nasca come progetto di coppia, dopo molteplici riflessioni e discussioni condivise. È il caso ad esempio di AP006, partecipante che riferisce di avere numerose conversazioni con sua moglie, con cui ha una relazione stabile da 12 anni, rispetto al loro desiderio di avere dei figli, rispetto a come si sentirebbero e come vorrebbero fosse l’educazione dei loro figli. Anche i partecipanti AP001 e CP001 riferiscono di essere al momento dell’intervista in relazioni stabili, all’interno delle quali hanno condiviso e discusso le varie possibilità per poter diventare genitori. Il partecipante AM011 definisce persino la genitorialità come *“un naturale prosieguo familiare”* della relazione con la sua partner, considerando la coppia come elemento su cui si fonda la genitorialità.

Se da alcuni partecipanti è stato messo in risalto quanto la condivisione di questo progetto con la partner giochi un ruolo importante, per altri, invece, sembra essere una possibilità anche l’idea di diventare genitore single. La partecipante italiana FG002, ad esempio, afferma che, se non dovesse trovare una persona di cui si fida completamente e che secondo lei possa essere un bravo genitore, non escluderebbe di perseguire il suo desiderio genitoriale anche in autonomia. Immagina però quest’ultima alternativa come più difficile.

“Allora io io me me la terrei aperta come opzione ecco perché insomma c’è anche il fatto che che io cioè voglio avere dei figli, li voglio avere con una persona di cui mi fido completamente o che penso che possa essere un bravo genitore per i miei figli, quindi piuttosto che crescerli con la persona sbagliata in qualche modo o con una persona che non che non non gli darebbe il meglio, magari preferirei farlo da sola. E quindi quindi cioè penso che sarebbe difficile ecco cioè ci penserei molto prima di farlo. Comunque ci penserò molto, anche se starò con una persona, però cioè penso che inevitabilmente sia un po’ più difficile farlo, farlo da soli. Eh egualmente ecco bello e soddisfacente e lo si può fare in un buon modo però forse più difficile sì, insomma sì.”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

Anche il partecipante portoghese AP003, il quale si definisce asessuale e riporta di non aver mai avuto interesse nei rapporti sessuali nè di aver mai avuto relazioni romantiche, non esclude la possibilità di diventare genitore da solo con l’adozione, cosa che il quadro legislativo portoghese consente.

La partecipante AP002, la quale ha avuto una figlia prima del percorso di affermazione di genere, ha invece riflettuto su come, per lei, la dimensione di coppia sia stata per lungo tempo una forzatura all’interno di un’identità di genere che non le apparteneva. Il progetto genitoriale all’interno della coppia è stato in quel caso il tentativo di conformarsi alla ciseteronormatività.

“Ecco perché ho provato ad esserlo, mi sono sposata, ho avuto una compagna per 12 anni, in quel matrimonio è nata una figlia e ho cercato davvero di essere un uomo. L’unica cosa è che una persona non può essere ciò che non è.”

Lingua originale: “Daí que tentei ser, casei, tive uma companheira durante 12 anos, nesse casamento nasceu uma filha e tentei realmente ser um homem. Só que é que uma pessoa não consegue ser aquilo que não é.”

(partecipante AP002, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

d. Significati ed aspettative

Il quarto sottotema emerso nell'ambito del desiderio di genitorialità riguarda i significati che i partecipanti vi attribuiscono, le emozioni provate nell'immaginare o descrivere la genitorialità e le loro aspettative in merito. Nell'ambito della transgenitorialità, il maggiore investimento di energie spesso necessario per mettere al mondo dei figli, si può tradurre in una maggior consapevolezza delle proprie motivazioni e dei significati sottostanti il desiderio. Di conseguenza, questo sottotema è stato ritenuto rilevante al fine di comprendere come un fenomeno complesso come la genitorialità, di per sé ricco di significati ed aspettative, acquisisca delle sfumature ancora più intense quando osservato attraverso gli occhi di persone TGD. Il concetto sopra espresso, che si può considerare il rationale di questo sottotema, trova spazio nelle parole del partecipante AP001, secondo il quale avere figli come persona trans implichi che ci sia necessariamente molto amore, comunicazione e forti rapporti di fiducia sia tra i partner che con i figli, proprio per il fatto che si tratta di un percorso molto lungo e laborioso che richiede numerosi sforzi e quindi presuppone un desiderio di genitorialità più consapevole.

"Penso che questo bambino crescerà con ancora più amore, almeno questa è la mia opinione. Perché è stato un processo ancora più complicato averli, avere dei figli, e poi non è stato, per esempio, un figlio di una relazione o di un'avventura di una notte... o di un incidente, penso che sia stato davvero un figlio che è stato il risultato di molto lavoro e di molti sforzi e di molto amore. Penso che (10 sec.) ... sia come un rapporto di maggiore fiducia tra padre, madre, ecc. e il bambino, penso che ci sia più comunicazione. Penso... ecco, penso che ci sia più comunicazione soprattutto perché... è già, come ho detto prima, il risultato di un processo molto lungo, era davvero un bambino che la coppia voleva avere".

Lingua originale: "Acho que esta criança vai crescer com ainda mais amor, pelo menos é a minha opinião. Porque foi um processo ainda mais complicado para os ter, para ter filhos, e então não foi, por exemplo, um filho de uma relação ou de uma noite .. ou um acidente, acho que foi mesmo um filho fruto

de muito trabalho e de muito esforço e muito amor. Acho que (10 sec) .. é como uma relação de mais confiança entre pai, mãe, etcetera e filho, acho que há mais comunicação. Acho que.. é isso, acho que há mais comunicação principalmente porque.. já está, como disse há bocado, foi fruto de um processo muito longo, foi mesmo uma criança que o casal queria ter.”

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

Molt₃, come AP001, FG002 e FG004 hanno riportato come per loro genitorialità significhi, in primo luogo, amore incondizionato, a prescindere dalla tipologia di legame. Altri, come AP005, pongono l'accento sulla dimensione del prendersi cura di qualcuno e guidar_le attraverso il mondo, sulla capacità di creare un ambiente sufficientemente sicuro e protettivo che consenta loro di esplorare, senza vivere esperienze troppo negative. AM001 è affascinat_e dall'idea di poter dedicare tutt_e se stesse ad un altro essere vivente, aiutandolo a crescere ed avendo delle responsabilità nei suoi confronti. AP006 descrive la genitorialità come un 'porto sicuro'. Vorrebbe infatti che la famiglia fosse quel luogo in cui ci si sente accolti ed in cui si può sempre tornare.

Un ulteriore elemento ritenuto importante è, per alcun₃, l'educazione dell₃ figli₃. Molti dei partecipanti la considerano una parte essenziale della genitorialità. Nello specifico sia per FG006 che per AM011 un messaggio importante da trasmettere ai propri figli è il rispetto per le differenze individuali. Entramb₃ affermano, infatti, di voler informare il più possibile rispetto allo spettro di identità di genere ed orientamento sessuale, per dare gli strumenti per comprendere se stesse e rispettare il mondo che lo circonda.

“Crescere una persona, avere la responsabilità di una persona cercando di informarlo il più possibile su tutto uno spettro di identità di genere, orientamento sessuale.. sarei molto open su questo ovviamente perché vorrei che il mio ipotetico figlio o figlia ricevessero un'educazione che io non ho ricevuto e che mi sono fatto da solo crescendo.”

(partecipante AM011, AMAB, persona non binary, 29 anni, italiane)

Sembra esserci, da parte di alcuni³, fiducia nelle proprie capacità come genitori TGD. La partecipante NP005 afferma che secondo lei non c'è differenza fra la genitorialità trans e la genitorialità cis, in termini di competenze genitoriali. Ritiene che ci possono essere esperienze molto diverse, a prescindere dall'identità di genere, per cui ciò che importa davvero secondo lei sono l'atteggiamento e le cure fornite ai figli, piuttosto che l'identità di genere dei genitori. Al contempo, la partecipante FG002 esprime la sua idea di genitorialità come necessariamente imperfetta. Secondo lei inevitabilmente i genitori, affrontando le molteplici sfide che la genitorialità comporta, sono destinati a sbagliare alcune volte e potrebbero, in una certa misura, fare del male ai propri figli. Ritiene che l'obiettivo sia fare in modo che questi errori siano il minimo possibile, non pretendere di eliminarli.

“perché insomma sappiamo che anche cioè tutti i genitori per quanto fantastici possano essere, anche i miei genitori sono stati stupendi e mi hanno dato un sacco di belle cose e hanno fatto il loro meglio, però delle cose inevitabilmente si sbagliano penso, ma perché siamo umani e quindi e quindi non si può fare non si può fare sempre tutto bene.”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

e. Prerequisiti per essere genitori

L'ultimo sottotema individuato in questa macroarea consiste nei prerequisiti che i³ partecipanti considerano essenziali per essere genitori. Con questo sottotema si pone l'accento sulle sfide della genitorialità in generale, che non dipendono esclusivamente dal fatto di fare parte della comunità TGD, né dal contesto socio-politico in cui le persone intervistate vivono. Si ritiene rilevante dedicare un breve spazio anche a questo sottotema, per comprendere la stratificazione di sfide che i genitori TGD si trovano ad affrontare, alcune delle quali sono condivisibili anche dalle persone cisgender.

Quattro partecipanti menzionano la disponibilità economica come requisito essenziale per prendere la scelta di diventare genitori. Per molti³ sembra essere la barriera che maggiormente ha frenato fino a quel momento la concretizzazione del

loro desiderio. Il partecipante AP003 afferma che per un periodo ha pensato di rinunciare alla possibilità di avere figli, anche per il costo economico che essi comportano. Anche i partecipanti AP006 e FG004 menzionano la questione finanziaria come elemento che rappresenta una barriera, riconoscendo che la stabilità economica sia essenziale per avere la sicurezza di riuscire a mantenere un'altra vita. Il partecipante CP001 afferma che per lui il desiderio di mettere al mondo un'figlia è necessariamente secondario al soddisfacimento di una serie di altre condizioni, tra cui trovare un lavoro stabile, avere una casa ed una relazione stabile.

“Se so che avrò un lavoro, un posto fisso... anche questo è difficile. Io penso se non ho varie cose che vanno bene: un lavoro fisso, la casa, una relazione stabile... tanti fattori, è difficile che vada a tenere conto anche della possibilità di avere un bambino e piuttosto a una cosa del genere potrei rinunciare. Cioè nella mia testa è “se tutto non va bene, meglio non mettersi in altri casini”.”

(partecipante CP001, AFAB, uomo transgender, 21 anni, italiano)

La questione del trovare un'partner stabile che condivida il proprio progetto genitoriale sembra una condizione importante anche per AP004. La partecipante riferisce di percepire come una sfida il fatto di riuscire, alla sua età di 47 anni, a trovare qualcuno disposto ad avere dei figli. Ritiene che molte persone di quell'età siano già genitori e non è detto che vogliano esserlo di nuovo a causa delle implicazioni che ciò comporterebbe, tra le quali ad esempio cita l'impatto sulla vita professionale. In ultimo, la partecipante portoghese AP002 riporta come ulteriore elemento la disponibilità di energie e la prospettiva di vita necessarie per prendersi cura e dare sostegno ad un'figlia per i molti anni in cui ciò viene richiesto. Nel suo caso, all'età di 47 anni, riferisce che non si sente più in grado di mettere al mondo dei figli per l'impegno che essi richiedono.

“Perché ho già 47 anni, e avere un figlio non è solo avere un bambino piccolo, non è solo avere un bambino, è una vita di cui ci si deve prendere cura per molti anni e almeno fino all'età di 20, 20 anni e qualcosa avrà bisogno di molto

sostegno. Non ho più... ho già 47 anni, quindi non credo. A questo punto della mia vita, non intendo più avere altri... altri figli."

Lingua originale: "Porque já tenho 47 anos, e ter um filho não é só ter um bebezinho, não é só ter uma criança, é uma vida que se precisa de cuidar durante bastantes anos e durante pelo menos até os 20 anos, 20 e qualquer coisa vão precisar de muito apoio. Eu já não tenho ... já estou com 47 anos, então acho que não. Nesta altura da minha vida, já não pretendo ter mais ... mais filhos."

(partecipante AP002, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

4.2 Opinioni sulla criopreservazione

La seconda macroarea in cui sono stati condensati i contenuti delle interviste è più specificatamente legata alla genitorialità transgender e gender diverse. Concerne il tema della criopreservazione dei gameti e delle procedure di procreazione medicalmente assistita che ne conseguono, ovvero i procedimenti necessari per le persone TGD che intraprendono percorsi affermativi, ma desiderano avere figli biologici. Inoltre, nell'ambito di questa seconda area tematica comincia ad emergere, in modo più diretto rispetto al tema precedente, l'impatto del contesto socio-politico in cui la persona è inserita. I sottotemi che sono emersi dalle analisi sono i seguenti: (a) consapevolezza sul tema e fonti di informazione; (b) fattori che influenzano negativamente la scelta; (c) fattori che influenzano positivamente la scelta.

a) Consapevolezza sul tema e fonti di informazione

Il primo sottotema individuato ha a che fare con la consapevolezza dell₃ partecipanti in merito all'impatto delle terapie affermative sulla fertilità ed alla possibilità di criopreservare i propri gameti, al fine di utilizzarli successivamente tramite PMA. Nello specifico, sono emerse diverse modalità tramite le quali l₃

partecipanti hanno reperito queste informazioni e diversi gradi di soddisfazione rispetto ad esse.

Nove partecipanti su undici, ovvero tutt³ l³ partecipanti l³ quali hanno intrapreso, o hanno intenzione di intraprendere, terapie ormonali affermative di genere, sembrano essere in possesso di informazioni sulla criopreservazione. L³ partecipanti AP001, AP002 e FG002 riportano di essere soddisfatt³ di come l'argomento sia stato approfondito, sulla base del loro interesse. Il partecipante portoghese AP001 dichiara di aver ricevuto informazioni inerenti a questo aspetto dall'inizio del suo percorso di affermazione di genere, fin dalle prime visite con endocrinolog³ e psichiatr³. Sembra essere soddisfatto del livello di dettaglio ottenuto dall³ professionist³. Dichiara, infatti, di aver ricevuto informazioni complete sia rispetto al percorso di affermazione di genere, sia rispetto alle possibilità per diventare genitore in futuro. In particolare parla di come sia stato informato in modo chiaro ed esauriente sulle diverse possibilità per avere dei figli, differenziando il caso in cui avesse voluto averli con un uomo oppure con una donna, essendo il partecipante di orientamento sessuale pansessuale. Riporta che l'endocrinologo abbia chiarito l'impatto che i trattamenti ormonali avrebbero avuto sulla sua fertilità e conseguentemente gli abbia esposto le procedure di criopreservazione, con tutto ciò che avrebbe dovuto fare e tutto ciò che gli sarebbe potuto succedere.

“la mia dottoressa mi ha informato su tutto, mi ha informato rispetto a tutto il processo.. Se volevo avere figli con un uomo, se volevo avere figli con una donna e... il mio endocrinologo, che mi dà il testosterone, mi ha anche informato che probabilmente sarei diventato sterile per questo mi ha proposto questo trattamento, nel caso in cui avessi voluto avere figli biologici ehmm.. Ma sì ero molto ben informato su tutto il processo, tutto quello che poteva succedermi, tutto quello che potevo fare... Tutto è stato fatto nell'ospedale universitario di X”

Lingua originale: “a minha médica informou-me de tudo, informou-me sobre o processo todo.. Se eu quisesse ter filhos com um homem, se eu tivesse ter filhos com uma mulher e... a minha endocrinologista que me passa

testosterona também me informou que eu provavelmente ia ficar infertil por isso que ela me passou para este tratamento, caso eu quisesse ter filhos biológicos ehmm .. Mas sim fui muito bem informado sobre todo o processo, tudo o que me podia acontecer, tudo o que eu pudesse fazer... Tudo feito no hospital universitário de X"

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

L₃ partecipanti portoghesi AP003, AP004 e AP005 riferiscono di essere a conoscenza di alcune questioni, ma di non averne ancora discusso nel dettaglio con l₃ professionist₃. Tuttavia, reputano questa mancanza di informazioni come conseguenza della fase ancora iniziale del loro percorso e in aggiunta, nel caso di AP003, come conseguenza della sua dichiarata mancanza di interesse nell'aver figli biologici. Si aspettano comunque che, a tempo debito, questi argomenti vengano affrontati.

L₃ partecipanti intalian₃ CP001, FG004 e FG006 riportano, al contrario, dell'insoddisfazione in merito al grado di approfondimento delle questioni relative alla criopreservazione. Il partecipante CP001 afferma di aver ricevuto scarse informazioni quando era molto giovane, aveva solo diciotto anni. A suo parere, l'argomento è stato trattato molto rapidamente e superficialmente, in prima istanza dalla psichiatra. Riferisce che nemmeno con l'endocrinologa o con la psicologa siano state affrontate in modo esaustivo la questione di diventare genitori o di affrontare una gravidanza. I pochi messaggi che sono passati in quel breve momento informativo sono stati il fatto che avrebbe dovuto decidere in modo immediato, perchè poi non avrebbe più potuto e che, se avesse voluto iniziare queste procedure per criopreservare i suoi ovuli, avrebbe dovuto posticipare la terapia ormonale, cosa che per lui in quel momento era una priorità.

"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. Poi adesso mi hanno detto che si potrebbe anche fermare e farlo; quindi, sono sempre cose a cui preferirei però pensarci bene prima di farlo. (...) Me ne ha parlato la psichiatra ed è stata un po' troppo svelta secondo me. È partita con "guarda, se vuoi iniziare c'è una cosa che potresti fare per avere dei figli che sono anche in parte tuoi..." -proprio così in questo modo- "e sarebbe questo metodo, così così cosà" e l'ha concluso abbastanza velocemente dicendo "o lo fai adesso", ma io avevo 18 anni appena compiuti ed ero un po'... "E inizieresti la terapia ormonale molto più avanti o non lo fai e basta". Cioè era diventato "o lo fai adesso o non lo potrai fare mai più"."

(partecipante CP001, AFAB, uomo transgender, 21 anni, italiano)

Anche la partecipante FG004, la quale ha iniziato ad assumere ormoni a 15 anni, nei primi anni 80, è insoddisfatta del momento informativo. Riferisce che, all'epoca, non c'è stato un momento in cui le venissero spiegate dal personale sanitario le varie opzioni di filiazione, c'è stata una semplice firma del consenso informato da parte di suo padre, ma senza molte spiegazioni. La partecipante FG006, per quanto abbia preso la decisione di criopreservare, afferma di essersi dovuta informare prevalentemente da sola sulle questioni più concrete e, solo dopo aver trovato autonomamente un'associazione con cui fosse possibile criopreservare, sia riuscita ad ottenere informazioni che l'hanno soddisfatta. L'unica cosa su cui non ritiene di essere stata informata al meglio inizialmente è stato il futuro utilizzo del suo seme. Ritiene, inoltre, che l'aspetto della criopreservazione non venga considerato come un elemento inerente al percorso di affermazione di genere, ma venga considerato come una cosa separata, in merito alla quale solo chi è interessata andrà a ricercare informazioni. Anche nel contesto di associazioni e gruppi di persone TGD ha riscontrato poca comunicazione sul tema.

Alcun₃ partecipanti hanno offerto il loro contributo rispetto a come migliorare la comunicazione e lo spazio informativo su questa tematica. La partecipante FG002, nonostante per lei sia stata sufficiente la quantità di informazioni ottenute, ritiene che per altre persone possa essere importante anticipare l'introduzione di questo discorso al momento del percorso psicologico, così da poter esplorare più a fondo l'argomento

e lasciare il tempo alle persone per formarsi delle opinioni in merito. Se per lei la decisione di criopreservare è stata dettata anche dalla presenza di un forte desiderio, per altre persone con le idee un po' più confuse, specialmente a causa della giovane età, se non viene lasciato sufficiente tempo per ragionare il tema può apparire come una questione di poco conto oppure può sembrare ostacolante il percorso affermativo. Considera, inoltre, importante che se ne parli più diffusamente, anche a livello di divulgazione alla popolazione generale.

“forse è bene che se ne parli anche a livello del del supporto psicologico e che magari non siano solo proprio i medici che parlano di questa cosa, e o che magari appunto non lo so che, sì che siccome un po' inevitabilmente si iniziano a iniziare prima per forza il supporto psicologico perché poi bisogna avere la certificazione per andare dall'endocrinologo, eccetera. E quindi forse per certe persone anche lasciare un po' più di tempo per pensare all'eventualità della cosa, perché magari io ho deciso subito perché ho detto: “sì sì è una cosa che voglio fare”, però certe persone esiterebbero un po' di più. “

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

La partecipante FG004 pensa che la comunicazione delle ricadute sulla fertilità e l'esposizione di queste tecniche debba avvenire nel modo più diretto possibile, senza tanti giri di parole e, proprio perché spesso i ragazzi giovani ancora non ci pensano, debba essere responsabilità dei professionisti consigliare di portare avanti queste procedure e stimolare le riflessioni sul futuro. Anche FG006 ritiene importante che i medici consiglino questa opzione, anche solo come semplice scelta di sicurezza. Infine, anche le partecipanti AP002 e AP005 credono che sia importante, da parte dell₃ professionist₃ informare in modo chiaro e concreto sulle varie opzioni, ma senza forzare in nessun modo le decisioni delle persone se queste non vogliono intraprendere la criopreservazione.

b) Fattori che influenzano negativamente la scelta

La decisione di intraprendere o meno le tecniche di criopreservazione dei propri gameti, contestualmente all'inizio del percorso di affermazione di genere, è influenzata da molteplici variabili. Per ciascuna dei partecipanti, la scelta che è stata presa, o verrà presa, è frutto di attente valutazioni interne che soppesano i vari fattori in gioco. Il sottotema qui esposto riguarda i fattori che influenzano negativamente la decisione, disincentivando l'utilizzo delle tecniche di criopreservazione. Alcuni di questi fattori dipendono, in una certa misura, anche dal contesto in cui la persona è inserita e, per questo, verranno ripresi anche nell'analisi delle successive aree tematiche. Le ragioni che possono spingere a non intraprendere la criopreservazione dei propri gameti sembrano essere molteplici. In primo luogo, molti, come AP001, AP002, AP003 e CP001, ritengono che una delle principali possa essere semplicemente il fatto di non desiderare di avere figli - come tra l'altro avviene anche nella popolazione cisgender, fa notare AP003 - oppure il fatto di preferire altre modalità rispetto alla PMA, come ad esempio l'adozione.

Altri menzionano, tra le motivazioni, i vissuti disforici che possono emergere in fase di interruzione della terapia ormonale o comunque nell'entrare a contatto con il genere in cui non si riconoscono. Una cosa che può spaventare molto, secondo i partecipanti AP005 e AP006, è la componente psicologica, ovvero la necessità di confrontarsi con un passato che non si vorrebbe ricordare o che comunque non si ricorda con affetto. Il partecipante portoghese AP001, fra le motivazioni per cui non è riuscito a portare a termine la procedura, riporta proprio i vissuti disforici, connessi con l'interruzione dell'assunzione di testosterone. Parla di come si sia trattato di un periodo complicato, in quanto aveva già cominciato a vedere cambiamenti nel suo corpo e nella sua voce nella direzione desiderata e, di colpo, è stato costretto a fermare questi progressi. Rispetto a questi vissuti aggiunge inoltre che, nell'ipotesi di aver portato avanti il trattamento di criopreservazione, probabilmente si sarebbero aggiunte ulteriori sfide nel rapporto con il suo corpo - rapporto che il partecipante definisce di base complesso ed instabile - come ad esempio per un periodo l'avrebbe reso ancora più fertile e probabilmente gli sarebbero ricominciate le mestruazioni.

"Sarebbe stato molto difficile perché penso che il rapporto con il mio corpo sarebbe peggiorato, perché già al momento non mi sento a mio agio con il mio corpo al 100% e se avessi affrontato questo processo penso che sarebbe stato ancora più difficile... la questione di dover fare le iniezioni ogni giorno, la questione di essere ancora più fertile cioè probabilmente avrei avuto di nuovo le mestruazioni una settimana e poi avrebbero fatto un'operazione... a causa delle iniezioni... Onestamente sarebbe stato molto complicato. La parte psicologica mi avrebbe influenzato molto, sì".

Lingua originale: "ia ser muito difícil porque acho que a relação com o meu corpo ia piorar porque eu já não estou confortável com o meu corpo 100% neste momento e se eu tivesse passado por esse processo acho que seria ainda mais difícil... a questão de ter de fazer as injeções todos os dias, a questão de eu estar ainda mais fértil ou seja provavelmente ia ter a menstruação novamente uma semana para depois fazerem uma operação .. por causa das injeções.. ia ser muito complicado, sinceramente. A parte psicológica ia-me afetar imenso, sim."

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

La partecipante FG006 riferisce, parlando anche dell'esperienza di molte delle sue conoscenti transgender AMAB, che spesso si tende a rigettare qualsiasi cosa appartenga al passato maschile e si fa dunque molta fatica ad intraprendere una scelta come quella di conservare i propri gameti maschili. Nel suo caso, questo non ha frenato la decisione di criopreservare, ma riporta di aver percepito, in alcuni contesti, dello stigma relativo al fatto di non essere considerata pienamente donna, a causa del desiderio di conservare il suo seme, connesso al suo passato maschile. Apparentemente, non per tutt³ questo procedimento è frenato dalla disforia. Anche la partecipante AP004, ad esempio, si immagina il procedimento in sé di criopreservazione come qualcosa di abbastanza semplice e non crede che proverebbe forte disforia nei confronti dei suoi genitali, anche immaginando questo procedimento.

Un ulteriore aspetto, emerso in diverse interviste, che sembra influenzare negativamente la scelta è la giovane età in cui, spesso, le persone TGD si trovano a dover prendere questa complessa decisione. La partecipante AP002 ritiene che sia intorno ai 30 anni che le persone, generalmente, cominciano a riflettere sulla genitorialità ed alcune cominciano di conseguenza a sentire il desiderio di avere dei figli. Prima di questa fase, che per molte persone transgender giunge dopo l'inizio del percorso di affermazione di genere, reputa difficile prendere una decisione consapevole in merito ed immaginarsi genitori. Anche la partecipante FG004 evidenzia come, a differenza delle persone cisgender, le persone TGD siano obbligate a pianificare con anticipo, già a partire dai 14/15 anni, il proprio futuro in termini riproduttivi. Questo può rappresentare secondo lei un grande ostacolo per l'utilizzo delle procedure di preservazione della fertilità, in quanto a quell'età spesso non si ha ancora la maturità per pensare a questa cosa. La partecipante FG002, la quale si definisce una persona che si proietta molto nel futuro, ha ritenuto utile salvaguardare i propri gameti, ma riconosce che la giovane età non le abbia facilitato pensare in modo concreto alla genitorialità.

“E le persone prima dei 30 anni non lo fanno neanche perché è lì, intorno ai 30, che inizia ad esserci.. una sensazione di... un bisogno di... - in alcune persone, sto parlando del campo generale - ma è lì, più o meno intorno a quella fase, che le persone desiderano maggiormente avere un figlio.”

Lingua originale: “E as pessoas antes dos 30 também não sabem porque ali, mais ou menos aos 30, começa a dar ali ... haver uns sentimento de .. uma necessidade de .. - em algumas pessoas, estou a falar do campo geral - mas é ali, mais ou menos por essa fase que as pessoas mais desejam ter um filho.”

(partecipante AP002, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

Alcun₃ partecipanti riconoscono che esista una differenza nel livello di invasività delle procedure fra persone AMAB e persone AFAB. FG006 e FG002 riconoscono che per le persone AFAB le procedure per prelevare gli ovuli siano maggiormente invasive e ciò possa rappresentare per loro un ulteriore ostacolo. Il

partecipante AFAB AP001 descrive, infatti, una procedura laboriosa e per lui eccessivamente costosa, a cui avrebbe dovuto sottoporsi. Fra le motivazioni per cui non è riuscito a portare a termine la criopreservazione evidenzia, dunque, anche la questione finanziaria. Riporta che in Portogallo i farmaci per queste procedure non sempre sono coperti dal Sistema Sanitario Nazionale (Serviço Nacional de Saúde) e lui all'epoca non possedeva la disponibilità economica per coprirne il costo complessivo. La partecipante AP002 evidenzia anche le tempistiche lunghe, come fattore che può potenzialmente scoraggiare le persone dall'uso di queste tecniche.

Per il partecipante CP001 la scarsa informazione sembra essere stata rilevante nella sua presa di decisione di non intraprendere queste procedure. Non essendogli state fornite molte informazioni sulle possibilità di filiazione percepiva la criopreservazione come una procedura che ostacolava il suo percorso di affermazione di genere. Riporta di aver aspettato tanti anni in cui ha provato disforia, prima di iniziare la terapia ormonale, non sapendo di poter iniziare comunque prima dei diciott'anni, col consenso dei genitori. Quindi, la scarsa informazione e la precedenza data alla terapia ormonale per affievolire la forte disforia sembrano essere state per lui le principali motivazioni per cui ha rinunciato a preservare i suoi ovuli. In alcuni casi, si tratta di elementi contestuali che agiscono come barriere, come le legislazioni ostacolanti. Ad esempio, la partecipante FG006 parla delle difficoltà che dovrà affrontare nelle procedure di PMA, in quanto essendo biologicamente maschio non potrà portare avanti una gravidanza ma avrà bisogno di un corpo biologicamente femminile. Questo, tuttavia, nel momento della rettifica dei documenti, diventerebbe illegale in Italia in quanto è per le coppie dello stesso sesso non è consentito l'accesso alle procedure di PMA. La partecipante FG002 menziona, inoltre, il timore di dover eseguire le procedure di criopreservazione in un ambiente profondamente genderizzato, in cui avrebbe potuto sentirsi a disagio.

“un po' all'inizio ad esempio mi spaventava perché cioè che poi il centro si chiamava centro conservazione gameti maschili, quindi avevo paura fosse come non so lo studio dell'andrologo che sono tutti uomini poi entro io che vabbè, dovevo ancora iniziare la terapia e non è che mi vestissi in modo

particolarmente eccentrico, però, femminile intendevo. Ehm quindi un pochino quella cosa mi metteva in tensione.”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

Per concludere, nel caso delle due persone non binary intervistate, AP006 e AM011, sembra semplicemente non sussistere la necessità di sottoporsi a trattamenti ormonali affermativi, motivo per cui non temono una compromissione della loro fertilità e, di conseguenza, non hanno preso in considerazione le tecniche di criopreservazione.

c) Fattori che influenzano positivamente la scelta

Il terzo ed ultimo sottotema emerso nell'ambito di questa area tematica riguarda i fattori che influenzano positivamente la decisione, ovvero le motivazioni che spingono le persone all'utilizzo delle tecniche di criopreservazione. Come primo elemento sembra essere centrale la volontà di fare esperienza di un legame di sangue con un figlio biologico. Sono sette I₃ partecipanti che menzionano questo elemento come ciò che maggiormente supporta l'utilizzo di queste tecniche. La partecipante FG006 riporta che, nel momento in cui ha intrapreso il suo percorso di affermazione di genere, la questione a cui le pesava di più dover rinunciare è stata proprio la fertilità, perché la considerava una cosa molto importante. Per lei, la possibilità di criopreservare ha reso questa rinuncia un po' più leggera.

“Avevo qualche preoccupazione, all'inizio; ci sono ancora, però sul piatto della bilancia, i due piatti della bilancia, ho dovuto lasciare una cosa abbastanza importante che è quella della genitorialità. Però facendo la crioconservazione ho voluto tenere questa possibilità. Anche se nei prossimi mesi eventualmente sarà un po' più difficoltosa però ho voluto ugualmente tenere questa possibilità (...) questo tema qui, la possibilità di avere dei bambini, è stato penso nel piatto quello più importante che ho dovuto lasciare. Con la crioconservazione penso che è stato un lascio un po' più leggero, ecco.”

(partecipante FG006, AMAB, donna transgender, 46 anni, italiana)

La partecipante AP002, la quale avendo avuto esperienza diretta di quanto si tratti di un'esperienza positiva e arricchente avere figli biologicamente, afferma di capire molto bene perché ci sia tanta resistenza al sottoporsi a trattamenti ormonali e chirurgici. In questi casi, infatti, la criopreservazione rappresenta un'opportunità molto valida qualora ci fosse volontà di avere figli in futuro, a meno che un giorno non sia possibile impiantare l'intero sistema riproduttivo. Vede in questo potenziale avanzamento della chirurgia una grande risorsa. Anche AP004, AP005, AP006 e FG008 considerano la criopreservazione utile per chi privilegia un legame di sangue e si proietta in un futuro con dei figli biologici, creando un prosieguo genetico della propria famiglia.

Secondo AP003 il desiderio di criopreservare nasce primariamente dalla volontà di vivere una vita in linea con la propria identità di genere anche nell'ambito della genitorialità. Comprende che si tratti di un'opzione valida per coloro i quali vogliono avere figli biologici e il cui orientamento sessuale lo consenta, con l'obiettivo di farsi una vita che rispecchi la propria identità di genere.

"Penso che sia un po' così... Penso che anche le persone trans vogliono avere figli o vivere una vita normale congrua con la propria identità di genere... Penso... e poi c'è l'orientamento sessuale e tutto il resto... Penso che si tratti più o meno di questo, di vivere una vita in linea con la propria identità di genere".

"eu acho que é um bocado por aí.. acho que as pessoas trans também querem ter filhos ou querem fazer uma vida normal relativa a identidade de género que que se define.. acho eu... e depois tem a orientação sexual e todo.. acho que tem a ver mais o menos com isso, fazer mesmo uma vida certinha de acordo com a sua identidade de género"

(partecipante AP003, AMAB, transgender, 36 anni, portoghese)

Cinque partecipanti mettono in luce una diversa sfumatura che spinge a criopreservare i propri gameti: la capacità di proiettarsi nel futuro. Infatti, la scelta di criopreservare può essere vista come una scelta di sicurezza che, a causa di incertezza o mancanza di una partner nel momento presente, consente di posticipare

la decisione sull'aver figli o meno ad un secondo momento. AP004 afferma che la comunità trans è molto ampia e variegata e gli effetti secondari dei trattamenti ormonali non sono uguali per tutti. Per questo motivo ritiene che le opinioni sulla criopreservazione possono variare molto da situazione a situazione. Per lei, si tratta di un'opzione che le garantisce la sicurezza di preservare la sua fertilità in modo artificiale, alla luce del rischio di diventare infertile e impotente e dell'assenza attuale di una partner. Anche le partecipanti AP005 e FG004 affermano di voler criopreservare con l'obiettivo di tenersi aperte tutte le strade in futuro, sebbene non sentano ancora forte il desiderio di avere dei figli al momento dell'intervista. FG006 ha preso la decisione di criopreservare, cosa che afferma probabilmente sarebbe stato un suo desiderio indipendentemente dal percorso di transizione, perché la considera comunque come una messa in sicurezza di una parte di sé ed FG002 ha deciso di criopreservare proiettandosi nel futuro, con il pensiero che intorno ai 30/35 anni avrebbe potuto volere dei figli. AP004, inoltre, afferma che in generale ci sono persone che, pur potendo, prediligono la procreazione medicalmente assistita, anche per avere un controllo sulla qualità dei gameti e sulle possibili malattie ereditarie.

“La crioconservazione io l'ho fatta perché ho detto: “vabbè, magari in questo momento non voglio avere un figlio ma quando avrò trent'anni, quando ne avrò trenta/trentacinque vorrò una vita probabil-” cioè sento che probabilmente lo vorrei e quindi e quindi mi cioè mi voglio comunque tenere quella possibilità.”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

Per concludere, dunque, mettendo sui due piatti della bilancia - citando FG006 - tutti gli aspetti emersi nei due sottotemi sopra esposti, sembra che, nel campione complessivo di undici persone, siano quattro i partecipanti che hanno preso la scelta di criopreservare, mentre per le altre sette la scelta sia stata quella di non farlo, chi per impossibilità, chi per mancanza di necessità, chi per altri motivi. Ciascuna si è addentrate, con le proprie ragioni, nei meandri del processo decisionale, emergendo con più o meno certezze rispetto al proprio futuro.

4.3 Fattori ostacolanti il progetto genitoriale

L₃ partecipanti hanno individuato alcuni elementi che si configurano come ostacoli al percorso di genitorialità di una persona TGD. Oltre alle difficoltà causate da fattori biomedici, discusse prevalentemente nell'area precedente relativa alla criopreservazione, ed oltre alle difficoltà generiche che non riguardano solo la genitorialità di persone TGD, emerse nell'area relativa al desiderio di genitorialità, esistono per le persone transgender e non binary difficoltà contestuali, dipendenti dall'ambiente socio-culturale e dall'assetto legislativo in cui vivono. Questa macroarea nasce con l'intento di analizzare questi fattori specifici e di mettere a confronto i contenuti emersi dall₃ partecipanti portoghesi e italian₃. Infatti, basandosi sulla letteratura precedentemente esposta, ci si aspetta di individuare alcune differenze. I sottotemi emersi sono i seguenti: (a) discriminazione strutturale e legislativa, (b) contesto socio-culturale stigmatizzante, (c) anticipazione di discriminazione.

a. Discriminazione strutturale e legislativa

Questo primo sottotema emerso ha a che fare con i vissuti dell₃ partecipanti relativamente alla regolamentazione ed alla facilità di accesso alle procedure necessarie per portare a compimento il proprio progetto genitoriale. Molt₃ riscontrano nell'assetto legislativo del proprio paese alcuni aspetti ostacolanti che complicano ulteriormente la genitorialità TGD.

Alcun₃ partecipanti portoghesi dichiarano di essere stat₃ ostacolat₃ dalla burocrazia e dalle lunghe tempistiche dell'adozione, dall'impossibilità di accedere alla gestazione per altr₃ e dai costi delle varie procedure. Un₃ partecipante menziona, come elementi strutturali discriminatori, il mancato riconoscimento di un genere neutro e la disparità di diritti fra le persone TGD portoghesi di nascita e persone non portoghesi residenti in Portogallo. Nello specifico, la partecipante AP002 riporta una frustrazione nei confronti della legislazione che regola la transizione medica. Riporta di aver dovuto seguire numerosi protocolli e burocrazie e richiedere molteplici valutazioni. La partecipante AP004 si esprime, invece, per quanto riguarda l'adozione e considera, in quest'ambito, la legislazione portoghese come troppo complessa e

ostacolante, in quanto comprende molta burocrazia e tempistiche lunghe. Il partecipante AP001 parla di come sia un ostacolo, nel suo caso, la legislazione che tuttora preclude alcune procedure necessarie per avere dei figli. Viene riportata ad esempio l'impossibilità, per un ragazzo transgender, di accedere alla gestazione per altri (GPA). Afferma che in Portogallo, in queste circostanze, si tratta ancora una procedura illegale, e questo nel suo caso, essendo al momento dell'intervista in una relazione con un ragazzo cisgender, impedisce la loro potenziale concezione di un figlio biologico.

"In questo momento ho un fidanzato che è un ragazzo cis e... Sarebbe un po' difficile per noi concepire un bambino biologico perché anche se avessi... se avessi fatto la preservazione della fertilità, avremmo dovuto avere una maternità surrogata, che non è ancora possibile in Portogallo, è ancora illegale."

Lingua originale: "Neste momento tenho um namorado que é rapaz cis e ... seria um bocado difícil a nossa concepção por um filho biológico porque mesmo que eu tenha ... se tivesse feito a conservação da fertilidade depois teríamos que ter uma barriga de alugar o que ainda não é possível em Portugal, ainda é ilegal.."

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

Inoltre, sempre AP001 riporta che, per quanto riguarda l'accessibilità alle procedure di procreazione medicalmente assistita, come è già stato menzionato rispetto alla criopreservazione, il costo di molti trattamenti non è coperto completamente dal Serviço Nacional de Saúde ma è a carico dell'individuo, il che per molte persone sbarrò l'accesso a varie possibilità. Un altro aspetto, evidenziato da AP006, particolarmente ostacolante per le persone non binarie, è l'assenza di un marcatore di genere neutro ed una terza parola neutra, che non sia "padre" o "madre" per identificarsi nei confronti del figlio. Questo mancato riconoscimento linguistico rende, secondo il partecipante, ancora più complesso spiegare questi aspetti ai figli e per questo c'è la tendenza a rimandare la spiegazione ad età più avanzate, sebbene, se

la questione fosse introdotta a partire dall'infanzia, potrebbe essere molto più normalizzata. Un elemento ulteriore legato al contesto è stato riscontrato sempre da AP006 alla luce del suo status di immigrato brasiliano in Portogallo. Dichiarò infatti di possedere pochi diritti in quanto non portoghese di nascita. Non può, ad esempio, alterare il suo nome all'anagrafe oppure deve affrontare complicanze ancora maggiori se volesse intraprendere la procedura dell'adozione.

“Se sei un immigrato, quindi, per esempio, non si può cambiare o rettificare il nome. Si parte da lì, quindi entrano in gioco molte questioni, compreso il fatto che abbiamo pensato anche di adottare un bambino, e ho già visto che è complicato, ancora di più se sei un immigrato, e io sono un immigrato straniero, questi dettagli sono più, più accentuati”

Lingua originale: “Você é uma pessoa imigrante, então, por exemplo, eu não posso fazer a modificação, a retificação de nome mesmo. Já começa a partir daí, então já entram várias questões assim, inclusive, a gente ainda não viu e minha esposa, assim que a gente tem interação, pretensão de também adotar uma criança e já vi que é complicado, só por ser imigrante, do que eu sou Imigrante estrangeiro, estão esses pormenores são mais, mais acentuados”

(partecipante AP006, AMAB, persona genderfluid, 32 anni, portoghese)

Per quanto riguarda l₃ partecipanti italian₃, anch'ess₃ hanno individuato diversi fattori ostacolanti nella legislazione e burocrazia italiane. In particolare, i vissuti di discriminazione sistemica si sono concentrati nell'ambito dell'arretratezza giuridica e dei forti vincoli ed imposizioni che le persone TGD subiscono, sia nel percorso di affermazione che nel percorso genitoriale. Alcuni₃ sono ostacolat₃ dall'impossibilità di accedere alle procedure di PMA ed adozione in qualità di coppie omosessuali ed, infine, per quanto riguarda le persone non binary, anche nel contesto italiano viene messo in risalto il disagio causato dall'assenza di un marcatore di genere neutro. Nello specifico, fino al 2015 la legge italiana è stata interpretata considerando obbligatorie le chirurgie genitali per le persone che volessero rettificare i propri documenti

anagrafici e la partecipante FG004 dichiara di aver subito sulla sua pelle quest'obbligo. La partecipante FG006 ritiene che gli obblighi e le imposizioni che regolamentano rigidamente la vita delle persone TGD siano molto frustranti. Afferma che la cosa peggiore per lei è che qualcuno, come ad esempio un giudice, possa imporre il suo veto sulle sue scelte e dice che si sentirà probabilmente obbligata ad aggirare alcune regole che considera assurde. Ad esempio, sempre FG006 menziona la legislazione italiana ostacolante in merito all'utilizzo di procedure di procreazione medicalmente assistita per coppie dello stesso sesso. Nel suo caso infatti, essendo omosessuale, questa cosa vincola la sua scelta del cambio dei documenti: con il riconoscimento del suo genere femminile, per la legislazione italiana, alla partecipante sarebbe infatti ufficialmente preclusa la possibilità di usare il proprio seme con una potenziale compagna.

“Ecco una cosa veramente che mi da fastidio è che una terza persona ti imponga sì o no. In base chissà a quale legge. Speriamo di no ma andrò contro qualche regola che dovrò sicuramente aggirare eventualmente oppure proprio stare a delle regole che mi sembrano assurde ecco. (...) Il mio orientamento ad oggi è come prima, sempre verso le ragazze. Verso il genere femminile. Qualcosina mi ha spiegato anche il Dottor [G], sulla possibilità di usare o meno il mio seme nei prossimi mesi, nell'eventualità anche di cambiare i documenti, e quindi con la legge in Italia è un po' difficile.”

(partecipante FG006, AMAB, donna transgender, 46 anni, italiana)

Anche la partecipante FG002 mette in luce la contraddizione relativa al fatto che coppie dello stesso sesso in Italia non possano accedere nemmeno all'adozione. Nel suo caso ad esempio, essendo una donna trans eterosessuale, solo se dovesse riuscire a rettificare i documenti e raggiungere “un buon livello di passing”, potrebbe accedere a questa opzione e non essere giudicata.

“perché per esempio già con le con le adozioni per coppie dello stesso sesso, ci sono mol- ancora molte persone che pensano che che che non dovrebbero che non dovrebbero esserci, e che appunto due uomini e due donne non non

possono fare una famiglia e non possono, e quindi penso che, ma non lo so poi ad esempio se io arrivassi a un buon livello di passing e potessi sembrare una donna biologica e stessi con un uomo probabilmente sarei molto meno giudicata perché magari cioè sembreremmo una coppia etero cis e quindi avremmo molti meno giudizi.”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

Infine, AM011, racconta di come abbia dovuto lottare molto con la società e con se stesso per riuscire ad identificarsi come persona non binary, in quanto non ha ricevuto un'educazione che lo formasse su certe tematiche e la sua identità di genere non sia riconosciuta a livello legale in Italia.

b. Contesto socio-culturale stigmatizzante

Il secondo sottotema emerso è inerente al contesto socio-culturale ed ha quindi a che fare con l'accettazione sociale percepita, la stigmatizzazione e le discriminazioni subite in diversi contesti, come il contesto medico, familiare o scolastico. Alcuni partecipanti portoghesi riportano di percepire un cambiamento, nel corso degli anni, dell'accettazione sociale delle persone TGD. Ciononostante, alcuni parlano della società portoghese come ancora chiusa e contraddittoria nei confronti delle tematiche TGD. Qualuno riporta di aver subito discriminazioni da parte di pari, ad esempio nel contesto scolastico, ed una partecipante riferisce una mancata accettazione nel contesto familiare. Per quanto riguarda l'ambito medico, sia in termini di episodi discriminatori vissuti, che in termini di attenzioni dedicate al tema della genitorialità, la maggioranza sembra essere abbastanza soddisfatta delle cure ricevute. Una sola partecipante menziona episodi discriminatori, avvenuti in un ospedale specifico. Entrando nel merito, dalla partecipante AP002 è stato riscontrato un cambio di paradigma rispetto a questi temi fra il mondo di oggi ed il mondo in cui lei è nata e cresciuta, ovvero gli anni 80/90. Se anche oggi la vita delle persone trans non è sempre facile, riporta la partecipante, all'epoca le cose erano davvero difficili. C'era poca informazione e poca sensibilità e lei riferisce di non aver avuto per lungo tempo gli strumenti per affrontare il suo disagio, per cui ha cercato in tutti i modi di

reprimerlo e di cercare di essere l'uomo che la gente si aspettava che fosse. Questo aspetto evidenzia come il contesto storico-culturale sia un elemento cardine per avviare un percorso di affermazione e di scelte riproduttive. Nonostante gli evidenti progressi, AP004 descrive la società in cui è immersa come molto contraddittoria, in quanto, essendo ricca di diversità e pluralità si autoproclama aperta ed inclusiva, ma, secondo lei, sul fondo permane una base bigotta e conservatrice.

“Penso che... siamo in un mondo sempre più multiculturale, c'è molta diversità, abbiamo molti modi di essere, molte personalità, non so, penso che sia un bene, non so perché la società sia contraria a questo. Dire, come stavo dicendo, che pensano che sia un bene, che pensano che sia un male, è una società che pretende di essere aperta, ma alla fine finisce per essere conservatrice. A me non interessa, basta che siano felici, questo è ciò che mi interessa. Se sono felici, va bene.”

Lingua originale: “Eu acho que.. estamos num mundo cada vez mais multicultural, tem muita diversidade, temos muitas maneiras de ser, muitas personalidades não sei, acho bem, não sei porque é que a sociedade está contra isto. Dizer, como estava a dizer que acham bem, que acham mal, é uma sociedade esta que se diz aberta, mas no fundo acaba por ser conservadora. Eu não me importo por isso desde que sejam felizes, é o que é o que me interessa. Se forem felizes está tudo bem.”

(partecipante AP004, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

Anche secondo AP005, in merito a queste questioni, il Portogallo è un paese ancora abbastanza conservatore. Non crede che la genitorialità trans sia in generale mal vista, ma comunque immagina che possa essere accettata con fatica in un contesto in cui ancora si fa difficoltà a capire cosa le persone provano e le sfide che devono affrontare. Ritiene che, in Portogallo, alla condizione transgender sia, inoltre, ancora associato lo stigma della malattia mentale.

“Il Portogallo, che ci piaccia o no, è ancora un paese un po' conservatore e questa visione è ancora un po' negativa... Non è mal vista, ma non è molto...”

accettata. La maggior parte delle persone con cui parlo non lo prendono molto bene, non mandano giù questa situazione perché... non riescono a capire cosa prova la persona e le sue sfide, quindi... pensano semplicemente che sia qualcuno che ha qualche... qualche disturbo mentale e tutto il resto.”

“O Portugal, querendo ou não, ainda é um país um pouco conservador e é essa visão e isso ainda é um pouco mal... Não é mal vista, mas não é muito.. aceite. A grande parte que me dá, não aceita lá muito bem, não engole muito bem esta situação porque... Não consegue compreender o que é que a pessoa sente e os desafios da pessoa, então.. acha só que é uma pessoa que talvez tenha algum... algum distúrbio mental e isso tudo.”

(partecipante AP005, AMAB, donna transgender, 19 anni, portoghese)

Per quanto riguarda le discriminazioni subite, due partecipanti, AP003 e AP006, menzionano di aver subito del bullismo in ambito scolastico. In particolare AP003, raccontando della sua storia personale e le discriminazioni che ha vissuto quando era giovane, riporta che, fin da quando era ragazzo, aveva un aspetto ed un comportamento femminili e, per questo, riceveva prese in giro da persone che si rivolgevano a lui con nomi femminili. Il partecipante AP005 racconta invece come le discriminazioni e la mancata accettazione, siano state subite, nel suo caso, in ambito familiare, nello specifico da parte di suo padre. La partecipante AP002, riporta alcune mancanze di rispetto subite da parte dell'equipe medica, in parte vissute in prima persona, in parte subite da suoi conoscenti. In Portogallo, secondo lei, c'è molta variabilità fra le istituzioni ospedaliere. In un ospedale specifico, in cui lei ha fatto solo una visita, ma di cui ha sentito molto parlare, trova gli atteggiamenti dei professionisti nei confronti delle persone trans molto discriminatori. Nello specifico, racconta un episodio in cui è stata chiamata in sala d'attesa con il dead name, nonostante la già avvenuta rettifica anagrafica ed altri episodi di misgendering da parte del personale amministrativo.

“Qui c'è molta differenza tra le istituzioni”... “È orribile, il trattamento che riservano alle persone trans lì (nell'ospedale X) è orribile, rispetto a quello che

succede al Y (altro ospedale in cui lei è stata seguita). Quindi sono stata molto fortunata". "Sono stata al X solo una volta per chiedere una seconda valutazione necessaria per passare alla... fase chirurgica. Quando il signore dello... lo psichiatra stava per fare la valutazione, dopo che avevo fatto per intero la transizione da un punto di vista sociale, avendo tutti i documenti aggiornati, si è premurato di andare nella sala d'attesa, dove c'erano diverse persone e io ero... non indossavo questo vestito, ma insomma.. ero come mi vedete adesso e mi ha chiamato con il nome che avevo prima. Per cosa? Qual era il bisogno? No? Tra l'altro, per non parlare anche del servizio amministrativo, anche facendo... anche facendo il passaggio nella carta di identità, hanno sempre insistito, anche se mi presentavo nel modo più femminile che potevo, hanno insistito per, in mezzo ad altre persone, venire a chiamarmi con il nome maschile."

Lingua originale: "Aqui há muita diferença entre instituições."... "É horrível aquilo, o tratamento que dão às pessoas trans lá é horrível, em comparação com o que se dá no Y. Então teve muita sorte." ... "só fui ao X uma vez para pedir uma segunda avaliação que é necessária para passar para a fase de.. para a fase de cirurgias. Quando o senhor do.. senhor psiquiatra ia fazer a avaliação, já depois de eu ter feito toda uma transição social, ter os documentos todos atualizados, fez questão de ir na sala de espera, onde estavam várias pessoas e eu estava ... não estava com essa roupa, mas estava assim com o meu aspecto de agora e eles chamaram pelo nome que eu tinha. Para quê? Qual era a necessidade? Não é? Entre outras coisas, se contam, já para não falar do serviço administrativo também, até fazer ... até fazer a transição no cartão de cidadão também faziam sempre questão, mesmo que eu tivesse o mais feminina que eu conseguisse, faziam questão de estar no meio das outras pessoas, irem me chamar com o nome masculino."

(partecipante AP002, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

In ultimo, AP006 ritiene che, in Portogallo, in ambito TGD si parli ancora troppo poco di genitorialità e per questo molte persone, secondo lui, la percepiscono come una possibilità molto remota, in quanto la società ancora discrimina le persone trans in merito a questa questione. Ad esempio, se da un lato esistono molti studi e libri divulgativi sulla maternità e sulla paternità cisgender, le persone TGD ancora si devono informare con il passaparola in quanto gli studi e i libri in merito alla genitorialità trans sono molto rari.

Anche nel contesto italiano le partecipanti menzionano poca accettazione sociale percepita e riportano la presenza di stigma nei confronti delle persone non appartenenti alla ciseteronormatività, nonostante ritengano che le cose stiano gradualmente cambiando. Vengono descritti numerosi episodi discriminatori, in diversi contesti. Nello specifico, sembra emergere che le partecipanti italiane siano molto più insoddisfatte, rispetto alle persone portoghesi, per quanto riguarda le attenzioni e la visibilità destinata loro nei contesti sanitari, in particolare sul tema della genitorialità. La partecipante FG002 ritiene che siano presenti molti pregiudizi sulle persone trans e che essi influenzino molto la scelta di avere dei figli. Anche la partecipante FG004 parla di un clima molto chiuso e stigmatizzante, riferendosi principalmente all'epoca in cui lei ha vissuto la transizione, gli anni 80, con la consapevolezza che alcune cose per fortuna ad oggi sono cambiate e quindi potrebbero impattare in misura diversa sulla comunità trans. All'epoca gli stereotipi, che gravano sulle persone transgender tuttora, erano ancora più marcati. Nello specifico la partecipante riporta la convinzione che le persone trans possano essere perverse ed aggressive nei confronti dei bambini. L'incongruenza di genere era considerata un disturbo mentale e, come tale, si portava dietro un grosso stigma. Secondo AM011, inoltre, la società italiana attribuisce alcuni ruoli e stereotipi molto rigidi al "genitore maschio" ed altri alla "genitrice femmina", come ad esempio il fatto che il legame primario con il figlio sia prerogativa della madre, mentre il padre venga considerata una figura più secondaria e questo rende difficile la concettualizzazione di un genitore non binary.

Per quanto riguarda le discriminazioni e le negligenze in ambito sanitario sono molteplici le testimonianze delle partecipanti. CP001 denuncia una scarsa cura

ricevuta dal personale sanitario, il cui atteggiamento descrive come insistente e valutativo. Riporta di aver avuto diversi problemi con la psichiatra, al punto da decidere di cambiare medico. È stato difficile vivere in modo positivo il supporto fornito dai vari professionisti durante il percorso di affermazione, in primo luogo perché sentiva una pressione nel dover dimostrare la propria mascolinità, dando continue conferme e prove di essere sufficientemente 'uomo', pena il rallentamento delle procedure. Si è sentito persino contestare dettagli estetici, come ad esempio l'indossare un orecchino o dello smalto, per via dei quali ha dovuto ritardare la terapia ormonale di due anni. Questo ha chiaramente complessificato anche la possibilità di trovare uno spazio di comunicazione aperta, per esplorare il suo desiderio di genitorialità insieme a loro. Il partecipante riporta che a suo parere i professionisti con cui ha avuto a che fare avevano delle mentalità un po' chiuse e poco sensibili ai suoi bisogni. Ad esempio nel momento di scelta della criopreservazione dei gameti, la psichiatra ha insistito nel forzare il coming out del partecipante con i suoi genitori, nonostante lui non si sentisse pronto, cosa che lo ha reso ancora più avverso al trattamento.

"io ho chiuso con la mia (psichiatra) perché aveva delle idee un po' particolari, un po' chiuse e non riuscivo a parlare, a comunicare con lei. Anche con la mia psicologa, anche un po'... cioè con loro devi quasi dire che va tutto bene, dare conferma che va tutto bene e niente, finisce lì. Però tutte le cose riguardanti queste questioni più complesse noi le abbiamo sapute da Internet, il che è un po' un po' scomodo, un po' ti aspetti un po' di supporto anche per queste questioni più difficili, però non arriva finché almeno non raggiungi una certa età."

(partecipante CP001, AFAB, uomo transgender, 21 anni, italiano)

Anche FG004 ci riporta la disinformazione ed ignoranza da parte degli operatori sanitari. Andare in ospedale, all'epoca in cui lei ha svolto il percorso di affermazione era vissuto come un dramma, a causa dei continui episodi di misgendering, domande inopportune ed umiliazioni. Le partecipanti FG002 e FG006 riportano di aver subito episodi di misgendering e commenti discriminatori in diversi contesti e di aver più

volte percepito l'invisibilità delle questioni trans. Anche per quanto riguarda le informazioni ricevute in merito alla genitorialità, entrambe le partecipanti si dicono insoddisfatte. Viene in particolar modo evidenziata la mancanza di concretezza nelle indicazioni fornite dai medici, cosa che costringe a reperire gran parte delle informazioni in autonomia. Per quanto riguarda le informazioni sulla genitorialità TGD, FG002 afferma che, anche nei canali divulgativi tramite cui generalmente si informa su tematiche LGBT, questo argomento è poco considerato.

“Essenzialmente mi ha detto questo, cioè mi ha detto: esiste questa possibilità; forse mi ha dato un foglio, sì mi ha dato un foglio illustrativo, quello che era. E mi ha detto per la p- per il prossimo appuntamento pensa se vuoi fare questa cosa o no, anche perché poi mi ha detto o la fai qui con noi in privato o la puoi fare nel pubblico. Poi lì ecco ad esempio non mi ha spiegato la differenza poi dopo l'ho dovuta cercare io, chiamare il suo studio eccetera”

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

c. Anticipazione di discriminazione

Tutte le esperienze di discriminazione sopra descritte risultano spesso nell'interiorizzazione dello stigma e della transfobia e nell'anticipazione della discriminazione in alcune situazioni. Quest'ultimo sottotema ha, dunque, a che fare con quegli elementi che nel modello del Minority Stress vengono definiti fattori prossimali, ovvero quegli aspetti che compromettono la qualità di vita delle persone TGD, dipendendo dalle percezioni e valutazioni soggettive delle stesse. Nell'ambito della genitorialità questi fattori impattano notevolmente sullo sviluppo del desiderio e sulle valutazioni rispetto al proprio progetto genitoriale.

Nello specifico, 13 partecipanti portoghesi sembrano temere una non accettazione della propria identità di genere da parte dei loro futuri figli o da parte dei loro figli precedenti all'affermazione di genere, qualora ne abbiano. AP001 esprime la paura che contesti più discriminanti e con mentalità più chiuse in cui i figli adottivi potrebbero essere stati immersi fino al momento dell'adozione, rendano il processo di accettazione dei nuovi genitori più difficile. La paura che il figlio possa aver

interiorizzato transfobia dal contesto di nascita è un elemento che complessifica, anche secondo AP004, il percorso alla genitorialità. Secondo AP002, parlare della propria identità di genere ai figli avuti precedentemente l'affermazione, come nel suo caso, è la parte più difficile e provoca un grande sconvolgimento emotivo. Secondo lei molte persone della sua generazione non accettano la propria identità di genere, anche a causa dei figli che hanno già. L'accettazione o meno da parte dei propri figli può dipendere secondo lei da persona a persona, dall'età in cui ne vengono a conoscenza, dalle idee che essi hanno introiettato dalla società e dall'ambiente in cui sono inseriti. Nel suo caso le cose sono andate bene, ma immagina non sia per tutti così.

“Penso che forse sia un po' più complicato perché non sai mai quale bambino adotterai, giusto? Potrebbe anche essere un bambino che, fino alla sua età, viveva con genitori che avevano una mentalità più chiusa o... a sì addirittura è cresciuto in un ambiente più chiuso e allora forse è un po' più complicato”

Lingua originale: “Acho que talvez seja um bocado mais complicado porque nunca se sabe que criança vamos adotar, não é? Até pode ser uma criança que até aos seus anos ehm a estar com os pais adotivos, tinha tido crenças mais de mente fechada ou de.. até ser sido criado num ambiente mais de mente fechada e então talvez seja um pouco mais complicado”

(partecipante AP001, AFAB, uomo transgender, 20 anni, portoghese)

Al contempo, alcuni partecipanti sembrano anticipare anche la possibile presenza di discriminazione dei loro figli da parte della società, per il semplice fatto di essere figli di genitori TGD. Secondo AP002, per i figli delle persone trans, possibili discriminazioni e commenti transfobici possono impattare ancora di più di quanto influenzino i genitori. Il timore che i figli possano essere feriti a causa dell'identità di genere dei genitori rappresenta un fattore sociale che sicuramente contrasta il desiderio di genitorialità delle persone trans. Anche secondo AP003 e AP005 l'accettazione nella società dei figli di una persona TGD è un elemento che potrebbe essere problematico, a seconda dei contesti.

“È complicato perché.. dipende molto anche dall'età in cui ne vengono a conoscenza. E poi dipende anche da persona a persona, da bambino a bambino o da giovane a giovane, o da adulto ad adulto... perché possono aver interiorizzato più o meno idee dalla società, e dipende anche dall'ambiente in cui sono inseriti. Se fossero più di mentalità aperta ... le cose vanno bene e accettano come anche mia figlia, anche se sicuramente ha avuto qualche difficoltà.”

Lingua originale: “É complicado porque .. também depende muito da idade em que eles têm conhecimento. E depois depende também de pessoa para pessoa, de criança, para criança ou de jovem, para jovem, ou de adulto para adulto ... porque estão mais ou menos formatados com a ... com a ideia que tem a sociedade, e conforme também o ambiente em que estão inseridos. Se foram a mais .. cabeça aberta se tiverem mais ... a coisa corre bem e aceitam também a minha filha, com certeza teve algumas dificuldades.”

(partecipante AP002, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

Anche nel caso dell₃ partecipanti italian₃ i temi emersi sembrano essere più o meno questi. FG004 evidenzia la difficoltà nello spiegare ai figli la questione ed il timore che non comprendano o non accettino. Alcun₃, come FG002, FG004 e FG006, riferiscono il timore che i figli stessi vengano discriminati e confermano che questo possa essere un fattore preso in considerazione nel processo decisionale rispetto all'aver figli o meno. Anche AM011 parla della stigmatizzazione che l₃ futur₃ figl₃ potrebbero vivere per il semplice fatto di essere figl₃ di persone transgender o non binary. Questo stigma potrebbe ovviamente essere vissuto dalle figlie, anche qualora la sua identità di genere o il suo orientamento sessuale non rientrassero nella normatività. In generale, la non conformità alle norme sociali, di un qualsiasi elemento della famiglia, si configurerebbe come una sfida in un contesto sociale ciseteronormativo, basato sulla famiglia tradizionale.

“In un futuro più lontano ipotetico di un figlio che vuole spiegarlo boh, ad amici, ad insegnanti, non lo so, di una situazione familiare in cui può emergere la mia

identità di genere come persona non binary, è sempre un po' la preoccupazione di un eventuale stigma sul mio eventuale figlio o figlia perché sono non binary (...) un problema che potrei immaginarmi in un figlio o figlia per una sua identità di genere che non è cis-etero normativa, o il suo orientamento sessuale non rientrando nella normatività. È più una generica non conformità alle norme sociali, può essere mia, di mia moglie o di un eventuale figlio figlia."

(partecipante AM011, AMAB, persona non binary, 29 anni, italiana)

In merito all'interiorizzazione di stigma e transfobia FG002 menziona il fatto che, nonostante ritenga che le persone transgender possano avere competenze genitoriali pari alle persone cisgender, si sente minacciata dai giudizi che la società ha di loro e teme di non essere all'altezza. Per AP003 bullismo e prepotenze subite fin da ragazzo hanno reso difficile per lui persino l'accettazione della propria identità di genere, a causa dell'interiorizzazione della transfobia. Per questa ragione il partecipante ancora non si sente pronto nel farsi trattare al femminile, in quanto questo rievoca ricordi del passato in cui si sente ridicolizzato. Risulta, dunque, chiaro come i fattori prossimali sorgano da processi di socializzazione nei quali le minoranze di genere apprendono a rifiutarsi e giudicarsi per il fatto di essere TGD. Sviluppano così l'aspettativa di essere stigmatizzati a causa della consapevolezza dello stigma sociale dominante o nascondono la loro identità come modo per proteggersi da fattori di stress distali.

4.4 Fattori di supporto al progetto genitoriale

La quarta ed ultima area tematica copre i fattori, menzionati dall₃ partecipanti, che hanno giocato un ruolo di supporto e sostegno nel loro percorso di affermazione di genere e, nello specifico, nel processo decisionale verso la genitorialità. Essi comprendono aspetti speculari ai fattori ostacolanti sopra menzionati. Sembrano essere, dunque, gli stessi elementi ad avere un peso rilevante nel processo, sia la loro spinta in una direzione oppure nell'altra, a seconda di come questi aspetti vengono

vissuti dalle persone. I sottotemi individuati sono i seguenti: (a) validazione della genitorialità TGD in contesti sanitari, (b) validazione sociale e modelli positivi, (c) attitudine positiva.

a. Validazione della genitorialità TGD in contesti sanitari

Il primo sottotema emerso dai contenuti delle interviste come elemento di grande supporto è il vissuto di validazione, in primis, della propria identità e poi del proprio desiderio e progetto genitoriale, da parte del personale sanitario. Per quanto riguarda le persone portoghesi sono tre i partecipanti che menzionano atteggiamenti rispettosi ed inclusivi dell₃ professionist₃ e sembrano essere soddisfatti dell'atmosfera dei contesti sanitari. T1001 riporta di essersi sempre sentito a suo agio e accolto positivamente dall₃ professionist₃ che lo hanno seguito, i₃ quali non hanno cercato di esprimere o imporre opinioni personali, dimostrandosi sempre professionali. Anche AP002 menziona la soddisfazione nei confronti dell'equipe medica che l'ha seguita lungo il percorso. Riferisce di essere stata trattata con molto rispetto e di aver ricevuto molte attenzioni. In particolare ha un'opinione molto positiva della sua endocrinologa, che descrive come una persona molto dolce. AP004 puntualizza una differenza di atteggiamento fra i professionisti più giovani e quelli più anziani, cosa che rispecchia un cambio di paradigma nella società ed una maggior attenzione dedicata alle tematiche TGD nelle università. Nel suo caso, al momento dell'intervista, ha avuto a che fare solo con psichiatri che ha ritenuto rispettosi e di mentalità aperta. Sentiva di essere accolta e compresa e di poter esprimere liberamente le sue idee e i suoi vissuti, senza alcun problema.

“Direi che i professionisti hanno una posizione, sono molto aperti... ma i professionisti, soprattutto quelli più giovani, non sono più quelli più anziani che hanno una mentalità diversa... questi giovani che hanno appena finito l'università... sono già diversi, sono già più aperti e hanno nuove idee. (...) Non sono ancora stata dall'endocrinologo che mi guiderà nella terapia ormonale,

ma gli psichiatri sono stati... aperti e non ho mai sentito nulla... potevo esprimere le mie idee, potevo dire quello che sentivo senza alcun problema."

Lingua originale: "Eu diria que os profissionais têm uma posição, têm uma mente muito aberta... mas profissionais especialmente os mais novos, já não é aquele pessoal com idade mais avançada já têm uma mentalidade diferente.. este pessoal mais novo que acaba de sair das faculdades.. já é diferente, já são mais abertas e têm novas ideias. (...) Ainda não passei pelo endocrinologista que me vai orientar na terapia hormonal, mas os psiquiatras têm tido.. tem tido uma mente aberta e nunca senti nada, não... podia expor as minhas ideias, podia dizer o que senti sem qualquer problema."

(partecipante AP004, AMAB, donna transgender, 47 anni, portoghese)

Anche rispetto alle informazioni ricevute in merito all'impatto sulla fertilità ed alle possibilità per diventare genitori alcuni partecipanti portoghesi esprimono soddisfazione, in particolare AP001 parla di come la sua dottoressa lo abbia informato in modo chiaro ed esauriente sulle diverse possibilità per avere dei figli, differenziando il caso in cui avesse voluto averli con un uomo oppure con una donna, essendo il partecipante di orientamento sessuale pansessuale. Anche AP002 si dice soddisfatta in quanto le sono state spiegate tutte le possibilità che avrebbe avuto e le è stato esposto in modo chiaro l'impatto sulla sessualità e sulla fertilità che avrebbe avuto il trattamento ormonale femminilizzante.

Per quanto riguarda i partecipanti italiani, tuttavia, non sembra emergere lo stesso livello di supporto e validazione percepito nei contesti sanitari portoghesi. Solo FG006 e FG002 menzionano il rapporto con il personale sanitario come elemento abbastanza positivo della loro esperienza. FG006 si sente soddisfatta della fiducia data ai professionisti sanitari che la stanno seguendo. Riporta che tiene molto al rapporto che si crea con i medici e gli psicologi, per cui sceglie con molta cura i professionisti, anche a costo di cambiare più volte e fare una scrematura. Considera essenziale il rapporto di fiducia che si crea, presupposto per potersi affidare a persone che hanno capacità e competenze tecniche maggiori di lei. Ha avuto esperienze

molto positive con alcuni, da cui si è sentita molto accolta e guidata. Anche FG002 considera abbastanza positivo nella sua esperienza il rapporto con il personale sanitario contestualmente al suo percorso affermativo, ovvero con psicolog³ ed endocrinolog³, dai quali sente di aver ricevuto le informazioni generali anche in merito alla criopreservazione, anche se magari nello specifico ha poi dovuto fare ricerche in autonomia. Sembra emergere, nell'ambito di questo sottotema, una differenza fra l³ partecipanti portoghesi e l³ partecipanti italian³.

b. Validazione sociale e modelli positivi

Il secondo sottotema emerso riguarda le influenze positive derivanti dal contesto socio-culturale. Nel contesto portoghese, partendo da un livello di analisi micro, AP001 e AP002 parlano del supporto sociale ricevuto dalla famiglia di origine e delle persone vicine come elemento di validazione della propria identità di genere e del proprio percorso genitoriale. La partecipante AP004 evidenzia l'importanza della famiglia d'origine affermando che il supporto che maggiormente desidera è quello delle sue figure genitoriali. Al momento dell'intervista, ancora non ha affrontato l'argomento con loro, ma vuole farlo a breve. Sebbene comprenda che non sia per nulla semplice comprendere ed accettare queste questioni, vorrebbe che i suoi genitori fossero la sua principale fonte di supporto. Tutt³ le partecipanti portoghesi menzionano, nel corso della loro intervista, la vicinanza alla comunità TGD come fonte di validazione e sostegno. Sembra che per molt³ sia importante avere modelli sociali positivi e persone che stanno vivendo o hanno vissuto esperienze simili alle loro. AP001, ad esempio, afferma di aver percepito il suo migliore amico anche come un modello positivo, in quanto si sono trovati entrambi ad affrontare il medesimo processo nello stesso momento, essendo anche lui un uomo trans AFAB. Riporta come questo sia stato per lui di grande aiuto per lui per la possibilità di poter condividere difficoltà ed opinioni.

“Anche il mio migliore amico è trans, il genere assegnato alla nascita era femmina, femmina, e ora si identifica come uomo trans.. la mia stessa

situazione e mi ha aiutato molto. Entrambi stavamo attraversando lo stesso processo nello stesso momento.”

Lingua originale: “O meu melhor amigo também é trans, também o genero atribuido a nascença foi mulher, sexo feminino, e agora identifica-se como homem trans .. a mesma situação que eu e ele ajudou-me muito. Nós estávamos os dois a passar pelo mesmo processo ao mesmo tempo.”

(partecipante AP001, AFAB, uomo trans, 20 anni, portoghese)

Allo stesso modo, anche AP002 riporta inoltre di aver avuto la fortuna di incontrare alcune donne trans, che hanno rappresentato modelli sociali preziosi per lei, in quanto l'hanno aiutata nell'orientarsi in tutte le procedure da fare. Anche AP003, AP005 e AP006 hanno evidenziato il sostegno ricevuto da persone amiche della comunità LGBT, con cui condividere esperienze, sentirsi riconosciuti e trovare del supporto. Per AP004 sembra sia stato essenziale poter conversare con altre persone che sono passate da percorsi simili, le quali le hanno dato supporto emotivo, validando i suoi vissuti, ma anche consigli pratici sulle procedure da intraprendere. Nel suo caso, gli scambi fra persone della comunità TGD sono avvenuti anche online, tramite gruppi su social network e piattaforme in cui vengono condivisi materiali informativi utili e chiari sulle varie possibilità genitoriali delle persone trans.

Passando ad un livello di analisi più macro, qualcuno menziona come fattore positivo anche il contesto sociale più allargato. AP002 riferisce infatti che l'intero processo di affermazione sociale è andato molto meglio di quanto si aspettasse, in quanto si aspettava, basandosi su ciò che aveva sentito, un maggior numero di episodi di discriminazione o odio transfobico, che invece nel suo caso non ci sono stati e si ritiene per questo molto fortunata. AP003 afferma inoltre che, secondo lui, l'accettazione da parte della popolazione generale rispetto alla genitorialità transgender sta aumentando sempre di più. Il partecipante evidenzia dunque un cambio di paradigma e sembra guardare al futuro con sguardo speranzoso e positivo. AP003 menziona anche la legislazione portoghese come fattore che, nel suo caso, facilita il suo progetto di genitorialità. In Portogallo è, infatti, consentita l'adozione

da parte di persone singole, non prerogativa delle coppie. Avendo il partecipante un orientamento sessuale asessuale, l'adozione da single è vissuta come l'opzione più probabile, in quanto non particolarmente interessato ad avere una relazione sessuale né romantica.

Anche in questo sottotema sembra esserci uno squilibrio fra il livello di supporto emerso dall₃ partecipanti portoghesi e dall₃ partecipanti italiani. Nel contesto italiano, alcun₃ menzionano la famiglia come contesto sociale validante e di supporto. Per FG004 il supporto genitoriale che le è stato fornito, sia dalla figura materna che dalla figura paterna è stato essenziale. Riporta infatti che i suoi genitori le sono sempre stati vicini e le abbiano fatto da spalla in diversi contesti ed episodi, specialmente quando era molto giovane e la sensibilità da parte della società nei confronti delle varianze di genere ancora non era molto presente. La partecipante si sente molto fortunata ad aver avuto genitori aperti, sensibili ed intelligenti.

“Mio papà ha fatto di tutto perché gli altri non mi umiliassero nei momenti importanti o nei momenti burocratici che si hanno durante la vita. Per esempio, la cartolina gialla del militare, mio padre era andato già a parlare, mi ha detto ti accompagno io -non sapevo niente- ti accompagno io, e noi siamo entrati di parte, ho avuto la mia visita e mi hanno mandato via. Anche perché avevo già il seno, ero già donna, nel.. nel mio essere. E quindi, per questo trovo che un genitore sia meraviglioso. (...) essendo stata una trans giovane, e avendo avuto sempre i genitori vicini, de- mi hanno sempre dato una spalla-, sapevo di avere dietro una spalla grande”

(partecipante FG004, AMAB, donna transgender, 56 anni, italiana)

Anche FG006 e FG002 si sono sentite incoraggiate e supportate dai propri genitori, sia nel percorso di affermazione di genere, che nel perseguimento del loro progetto genitoriale. Per quanto riguarda il supporto della comunità più allargata solo CP001 menziona come elemento positivo il passaparola con altri ragazzi transgender che stavano affrontando il medesimo percorso o che avevano ottenuto più informazioni rispetto alle possibilità di genitorialità. Risulta evidente l'importanza di scambi e momenti di incontro fra persone appartenenti alla comunità TGD, specialmente per

far fronte a carenze istituzionali, qualora siano presenti. Il partecipante riporta, ad esempio, di aver reperito informazioni da siti Internet e dai social rispetto alle sue possibilità di genitorialità, per sopperire al supporto ritenuto insufficiente da parte del personale sanitario.

“Le ho molto chiare ma le ho grazie a internet o ai social, solitamente loro non informano su questo, ma perché non affrontano l’argomento ‘operazioni’, cioè loro lo affrontano molto dopo, quando hai già cambiato magari i documenti... queste sono cose che io ho saputo solo tramite internet, tramite altri ragazzi transgender che si sono informati sempre tramite internet.”

(partecipante CP001, AFAB, uomo transgender, 21 anni, italiano)

c. Attitudine positiva

Il terzo ed ultimo sottotema emerso nell’ambito dell’area dei fattori supportivi è un aspetto più intimo, legato alle soggettive percezioni e valutazioni. Si può considerare in qualche modo speculare ai fattori prossimali precedentemente menzionati, come l’interiorizzazione della transfobia e l’anticipazione del rifiuto. Specialmente nelle interviste dell₃ partecipanti italian₃ sono emerse delle attitudini positive nei confronti della propria esperienza, in termini di strategie di coping o di atteggiamenti di speranza nei cambiamenti futuri della società. FG004 riferisce che, con gli anni, ha dovuto imparare a fare finta di niente di fronte ai molteplici episodi e quindi, per necessità, si è desensibilizzata rispetto agli episodi discriminatori. Anche la partecipante FG002 ha espresso come, in alcune circostanze, nonostante abbia ricevuto micro-aggressioni, abbia saputo adottare strategie di coping che l’hanno in una certa misura protetta e le hanno consentito di non perdere il focus sui suoi obiettivi. Ad esempio, alcune volte in contesti sanitari le è capitato di essere vittima di episodi di misgendering, ma li ha affrontati facendoseli scivolare addosso senza esserne particolarmente intaccata.

“Cioè io so che questa è una cosa che devo fare. Che devo fare, che sono appunto in questo contesto medico sanitario, e non m’interessa, cioè mi-

appunto mi dissocio abbastanza quindi anche se c'è misgendering, anche se c'è il nome anagrafico non è che per forza devono usarlo. Non non mi sem- ecco sì. Sì si potrebbe evitare a volte. Però sì ce- cerco di non pensarci ecco e mi scivola un po' più addosso rispetto ad altre situazioni in cui magari invece mi farebbe sentire molto più a disagio."

(partecipante FG002, AMAB, donna transgender, 22 anni, italiana)

Emergono inoltre, in alcun₃ partecipanti, uno sguardo positivo al futuro e dei sentimenti di speranza rispetto a cambiamenti giuridici futuri. FG006, ad esempio, afferma che fino a pochi anni fa i diritti che avevano le persone TGD in Italia erano molti meno, quindi si augura che nel corso di qualche anno le cose possano cambiare ulteriormente in meglio.

"E proprio in quei mesi lì, o subito dopo, era cambiata la legge. E quindi chi lo sa fra 2 anni o 3 anni cambia qualcosa e va bene così. Vuol dire che quando ho deciso di fare il percorso era il momento giusto no? Se lo facevo 4 anni fa tantissime cose non potevo farle. E potrebbe cambiare qualsiasi cosa. E magari mi trovo con una legge molto più favorevole fra 1 anno, e dome- e cioè ho fatto qualcosina che...è importante e che posso fare posso portare avanti con più facilità."

(partecipante FG006, AMAB, donna transgender, 46 anni, italiana)

Per quanto le situazioni vissute dall₃ partecipanti siano spesso tutt'altro che positive, è considerabile un fattore protettivo la capacità di adottare strategie per affrontarle nonostante tutto, senza precludersi possibilità e senza lasciarsi danneggiare eccessivamente da situazioni esterne, difficili o impossibili da controllare.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE

Il presente studio qualitativo fornisce alcuni preliminari spunti per la comprensione dei processi di transizione alla genitorialità delle persone TGD, all'interno di due specifiche cornici socio-politiche. I risultati emersi sono in linea con alcuni aspetti già discussi in letteratura sul tema della genitorialità transgender e gender diverse. Nello specifico, già diversi studi (Tasker & Gato, 2020; de-Castro-Peraza et al., 2019; Tornello, & Bos, 2017; Marinho et al., 2021) hanno riscontrato ed analizzato i fattori che interagiscono con l'emergere del desiderio di essere genitori e con la progettualità che ne consegue. Questa ricerca, grazie alla sua natura cross-culturale apre, inoltre, alla possibilità di operare, con maggior chiarezza, distinzioni fra le difficoltà contesto-dipendenti e le difficoltà universali o intrinseche. Sebbene la numerosità del campione sia molto ridotta, non permettendoci di trarre conclusioni generalizzabili, i dati raccolti ci consegnano un'interessante panoramica sulle esperienze ed opinioni in merito alla genitorialità di 6 persone portoghesi e di 5 persone italiane, appartenenti alla comunità TGD.

Anzitutto, dalle riflessioni dell₃ partecipanti emerge la concettualizzazione del percorso verso la genitorialità come un processo in divenire, caratterizzato da un continuum di step specifici. Si possono, dunque, distinguere il costrutto di 'desiderio di genitorialità', che consiste nella volontà astratta di avere dei figli in un futuro non definito, e quello di 'intenzione di genitorialità', che invece rappresenta un desiderio più concreto accompagnato da un certo livello di ragionamento e pianificazione. Molt₃ dell₃ partecipanti dello studio sembrano desiderare avere dell₃ figl₃, su un piano ipotetico, ma solo alcun₃ dichiarano di aver analizzato in modo più realistico le varie questioni da affrontare. Come si evince da quanto detto finora, fra questi due costrutti può esserci talvolta una discontinuità, a causa delle difficoltà reali o percepite nel processo per diventare genitori (Riskind & Patterson, 2010). Nel caso delle persone TGD questa discontinuità è dimostrata da robuste evidenze in letteratura (Chen et al., 2019; Tasker & Gato, 2020), nelle quali a fronte di un alto desiderio di diventare genitori, l'effettivo utilizzo delle tecniche per diventarlo rimane scarso.

Il primo tema considerato in questo studio ha a che fare con lo stadio psicologico di partenza di questo percorso, ovvero il desiderio di essere genitori. Sono state individuate le variabili da cui dipende l'emergere del desiderio nelle persone TGD e le caratteristiche di questo desiderio, ovvero cosa viene desiderato nello specifico e perchè. Alcune fra le motivazioni più profonde sembrano essere i bisogni di amare, prendersi cura e dedicarsi all'altro, educare, comunicare ed accogliere. La letteratura dimostra che queste ragioni sono condivise anche da persone cisgender che vorrebbero essere genitori (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015). Tuttavia, nell'ambito della transgenitorialità alcuni partecipanti dello studio fanno notare che il maggiore investimento di energie necessario per mettere al mondo dell'figli come persona TGD, richiede una maggior consapevolezza e convinzione rispetto alle proprie motivazioni.

Sono state poi individuate alcune variabili che condizionano l'emergere e l'accogliere di questo desiderio nella popolazione TGD, che trovano riscontro in letteratura. Per molti, accogliere la propria identità di genere rappresenta un momento di grande riorganizzazione del proprio punto di vista sul mondo, compresa la concezione del proprio desiderio di genitorialità. Sembra che accogliere la propria identità, per qualcuno, crei uno spazio dentro cui poter riflettere sul tema della genitorialità in nuovi termini. Nello specifico, la maggior parte dell'partecipanti di questo studio dopo l'inizio del percorso si muove nella direzione di una concretizzazione del proprio desiderio. Ciò sembra essere particolarmente rilevante in quanto, qualora il desiderio non emerga prima di intraprendere le terapie affermative mediche, il rischio è che le scelte rispetto alla criopreservazione vengano prese con poca consapevolezza (Wierckx al., 2012b; Baram et al., 2019). D'altro canto, in molti paesi intraprendere un percorso affermativo di genere ha significato per lungo tempo accettare con rassegnazione l'impossibilità di procreare (Payne & Erbenius, 2018) - in Italia questo è stato il caso fino al 2015, mentre in Portogallo fino al 2011. Una partecipante italiana dello studio ha riportato, ad esempio, che, da quando si identifica come donna transgender, non ha mai riflettuto sulla questione della genitorialità a causa della rassegnazione nel sapere che, ad ogni modo, non avrebbe potuto. Da ciò si evince che il desiderio di genitorialità per condensarsi talvolta ha

bisogno di un terreno di speranza, percezione di possibilità e di strade concrete da percorrere, altrimenti può venire frenato sul nascere.

Un'ulteriore variabile interagente è la fase del ciclo di vita, che chiaramente gioca un ruolo importante. Da un lato, emerge che prima di una certa età sia infrequente sviluppare un desiderio di genitorialità, dall'altro, l'età avanzata può invece affievolire il desiderio. Sembra quindi che esista una fascia di età in cui è più comune riflettere su queste questioni ed accogliere il desiderio di essere genitori. Questi fattori sembrano essere stati riscontrati in altri studi sui giovani TGD (Nahata et al., 2017; Strang et al., 2018; Morong et al., 2022), nei quali è stata sollevata la questione del possibile cambiamento delle prospettive sulla fertilità più avanti nella vita, in particolare dopo l'affermazione di genere. Altri aspetti emersi da questo studio come elementi modulatori dell'insorgenza del desiderio sono il contatto vicario con l'esperienza della genitorialità, la conoscenza diretta di modelli genitoriali ed il valore assegnato ai legami familiari. Infine, per qualcunə anche la dimensione di coppia sembra assumere una particolare rilevanza nello sviluppo del desiderio, costituendone un elemento fondante. Per alcunə partecipanti sembra, infatti, che il desiderio di essere genitori nasca come progetto di coppia, dopo molteplici riflessioni e discussioni condivise. Dall'interazione favorevole dei vari aspetti sopra menzionati nasce e prende forma il desiderio di diventare genitori. La maggioranza dellə partecipanti dello studio dichiara di desiderare di avere figlə in futuro, nello specifico nove partecipanti su un totale di undici. Nonostante vada considerato il possibile bias di campionamento, in quanto la libera partecipazione all'intervista può sottendere un particolare interesse per la genitorialità, la recente review sistematica di Stolk e colleghi (2023) conferma la presenza del desiderio nella maggioranza della popolazione TGD.

Il passaggio successivo riguarda la definizione delle modalità con cui si vorrebbe concretizzare il desiderio. Dalle riflessioni dellə partecipanti del presente studio sembra emergere una gerarchia di preferenze rispetto alla modalità, sebbene vada notato che, in molti casi, ci si stia comunque muovendo su un piano puramente ipotetico. Tre partecipanti del campione mettono al primo posto l'adozione, mentre altrə tre preferirebbero, per diverse ragioni, avere figlə biologicə tramite PMA. Lə due

partecipanti non binary, non sentendo la necessità di sottoporsi a trattamenti affermativi, danno invece priorità alla genitorialità biologica naturale. Questo pattern sembra discordare leggermente con la netta preferenza per l'adozione, riscontrata in letteratura sia da persone TGD adolescenti che adulte. Tuttavia, le motivazioni che fanno propendere le partecipanti per l'una o per l'altra opzione sembrano essere in linea con quanto già riscontrato in altri studi (Stolk et al., 2023). Chi predilige l'adozione sembra non privilegiare il legame di sangue, menziona il fatto di voler aggirare le complicità della genitorialità biologica oppure parla di motivazioni etiche, come la volontà di adottare una bambina da un contesto svantaggiato o di crisi umanitaria. Chi sceglie la genitorialità biologica, invece, ritiene importante il concetto di tramandare i propri geni, vuole evitare la burocrazia e le lunghe tempistiche dell'adozione oppure menziona la volontà che la sua partner possa sperimentare la gestazione e la gravidanza, essendo un suo desiderio. Sempre nell'ambito della genitorialità biologica sono emerse alcune opinioni rispetto alla possibilità di portare avanti una gravidanza. I due partecipanti AFAB, gli unici all'interno del campione di partecipanti ad essere biologicamente predisposti ad una gestazione, sembrano nutrire un'avversione nei confronti della gravidanza, per ragioni abbastanza simili fra loro e condivise anche da altri studi in letteratura (Charter et al., 2018; Besse et al. 2020; Lai et al., 2020). La problematicità sembra essere il fatto che la gravidanza sia concepita nella società come prerogativa esclusiva delle donne cisgender e provocherebbe quindi un eccessivo richiamo alla femminilità e conseguente disforia. A conferma di ciò, una partecipante AMAB dichiara, invece, di vivere del disagio per il motivo opposto, ovvero per il fatto di non poter sperimentare una gravidanza, esperienza che percepisce come molto femminile.

Una volta giunti ad una consapevolezza del proprio desiderio e stilata una gerarchia di priorità rispetto alle modalità preferenziali, il prosieguo psicologico del percorso genitoriale prevederebbe il calarsi ad un piano di realtà, valutando le possibilità concrete e scendendo a patti con le potenziali sfide. Nel caso delle persone TGD, le sfide da affrontare sono numerose e di diversa natura, come emerso dal presente studio e da molteplici altri lavori in letteratura (Tasker & Gato, 2020; de-Castro-Peraza et al., 2019; Tornello, & Bos, 2017; Marinho et al., 2021). Si stratificano,

infatti, sia difficoltà che si possono definire universali, ovvero quei prerequisiti che chiunque si affacci alla genitorialità deve tenere in conto, sia difficoltà specifiche della popolazione TGD. Più precisamente, le difficoltà TGD-specifiche hanno alcuni aspetti che si possono definire intrinseci alla condizione TGD, come le difficoltà biomediche a seguito del percorso affermativo, e altri aspetti definibili invece contesto-specifici, ovvero che possono variare sulla base del contesto sociale e degli assetti legislativi. Le sfide della genitorialità TGD sono, dunque, una molteplicità di fattori diversi che si intrecciano. Tuttavia, l'analisi del contesto è di particolare importanza in quanto molti di essi possono avere come denominatore comune aspetti sociali come l'ignoranza, le discriminazioni ed i pregiudizi. Ad esempio, alcune barriere strutturali e legislative come l'assenza di finanziamenti adeguati per le procedure di preservazione della fertilità o le difficoltà nell'approvazione all'adozione, possono essere ricondotte in ultima analisi ad aspetti sociali (Tasker & Gato, 2020).

Questo lavoro di tesi si è orientato principalmente sui fattori contesto-specifici ostacolanti e su quelli di supporto al progetto genitoriale, inquadrandoli nella cornice della Minority Stress Theory. Ciononostante, verranno brevemente discussi anche gli altri elementi individuati. Per quanto riguarda le sfide universali della genitorialità molti partecipanti dello studio reputano prerequisiti essenziali la disponibilità e stabilità economica, la disponibilità di tempo ed energie da dedicare all'figli ed, infine, una stabilità abitativa e relazionale. Per quanto riguarda, invece, le sfide ed i rispettivi fattori di supporto specificatamente TGD, gli elementi emersi sono stati catalogati nella tabella qui di seguito. Sono stati suddivisi gli elementi che interferiscono esclusivamente con la genitorialità biologica da quelli che invece hanno un impatto più generale e sono stati evidenziati gli elementi che hanno un carattere più contestuale, per i quali verranno discusse di seguito le differenze cross-culturali emerse fra Italia e Portogallo.

Tabella 4. Fattori ostacolanti e di supporto al progetto genitoriale

Fattori ostacolanti	Fattori di supporto
<i>Genitorialità biologica</i>	<i>Genitorialità biologica</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Scarse informazioni su fertilità e crioconservazione ● Legislazione ostacolante ● Costi e tempistiche di accesso ● Ambienti genderizzati ● Vissuti disforici per interruzione terapia ormonale ● Invasività delle procedure (specialmente AFAB) ● Preferenza per altre modalità di filiazione 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informazioni corrette ed esaustive su fertilità e crioconservazione ● Capacità di proiettarsi nel futuro ● Importanza del legame di sangue ● Possibilità di controllare la qualità dei gameti ● Allineamento con la propria identità di genere
<i>Genitorialità in generale</i>	<i>Genitorialità in generale</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Discriminazione in contesti sanitari ● Assenza di diritti per coppie omogenitoriali ● Burocrazia e tempistiche per adozione ● Inesistenza di un marcatore di genere neutro ● Stigma sull'incongruenza di genere e sulla genitorialità TGD ● Scarsa divulgazione/dialogo sul tema ● Timore di non accettazione da parte dei figli ● Anticipazione di discriminazione ai danni dei figli ● Assenza di desiderio di genitorialità 	<ul style="list-style-type: none"> ● Validazione in contesti sanitari ● Supporto della famiglia ● Supporto della comunità TGD e modelli positivi ● Strategie di coping individuale ● Speranza nei cambiamenti futuri

- In rosso gli elementi contesto-specifici distali
- In blu gli elementi prossimali
- In nero i fattori che non dipendono dal contesto

Entrando nel merito dei fattori ostacolanti, per quanto riguarda la genitorialità biologica, un elemento indagato con particolare attenzione è stata l'informazione ricevuta dall₃ partecipanti nei contesti sanitari in merito all'impatto dei trattamenti sulla fertilità e alle modalità di filiazione. Come già più volte riportato nel corso di questo elaborato le più recenti linee guida raccomandano una particolare cura nei confronti di questo momento informativo ed esplorativo (Coleman et al., 2022). Ciononostante, molti studi dimostrano l'inadeguatezza del fertility counseling antecedente l'inizio dei trattamenti affermativi di genere in molti paesi (Lai et al., 2020). Sulla base di quanto emerso nel presente studio questo sembra essere il caso anche nel contesto italiano, dove molt₃ affermano di aver ricevuto scarse informazioni e di aver affrontato l'argomento rapidamente e superficialmente con l₃ professionist₃. Emerge una differenza, invece, con il contesto portoghese, nel quale, nonostante vengano menzionate comunque alcune negligenze da parte del personale sanitario, la maggior parte dell₃ partecipanti si dichiara soddisfatt_e di come l'argomento è stato approfondito, sulla base del suo grado di interesse. Alcuni₃ partecipanti hanno offerto il loro contributo rispetto a come migliorare la comunicazione e lo spazio informativo su questa tematica e gli aspetti emersi sono stati: l'anticipazione dell'introduzione della tematica e il suo approfondimento durante il percorso psicologico; chiarezza e trasparenza nella comunicazione delle conseguenze; una maggior concretezza nell'espone le opzioni possibili ed un incoraggiamento a riflettere sul futuro.

Un ulteriore elemento menzionato dall₃ partecipanti su cui è stato posto l'accento è la presenza di legislazione ostacolante i diritti TGD. Viene messa in luce, sia da partecipanti italian₃ che portoghesi, l'impossibilità di accedere alla gestazione per altri (GPA), ovvero la forma di procreazione assistita in cui una donna conduce una gravidanza conto terzi, che garantirebbe la procreazione alle coppie in cui non vi è un utero disponibile o in cui comunque, per motivi personali, nessun_e dell₃ due è disponibile alla gestazione. La maternità surrogata in Italia è esplicitamente vietata (legge n. 40/2004), mentre in Portogallo è accessibile solo nei casi di assenza di utero (Lei n. 90/2021), quindi comunque precludendo l'accesso alle persone AFAB che non si vogliono sottoporre a trattamenti chirurgici. In Italia, inoltre, la legge sopra citata vieta anche l'accesso alla PMA alle coppie dello stesso sesso, altro aspetto della legge

menzionato dall₃ partecipanti come discriminatorio. Di conseguenza, il contesto giuridico italiano, a fronte di quanto emerso nelle interviste, sembra interferire con le necessità di un numero maggiore di persone TGD, rispetto al contesto portoghese, per quanto anch'esso limitante in alcune circostanze.

Sempre nell'ambito degli aspetti ostacolanti alla genitorialità biologica qualcun_e ha menzionato i costi e le tempistiche di accesso alle procedure di criopreservazione ed alla conseguente procreazione medicalmente assistita. Inoltre, qualcun_e menziona il timore di dover svolgere queste procedure in ambienti ospedalieri fortemente genderizzati, in cui le persone potrebbero percepire del disagio. I suddetti elementi sono stati menzionati da alcun₃ partecipanti, sia italian₃ che portoghesi, ma il presente studio non fornisce dati sufficienti per ipotizzare differenze cross-culturali in merito. Anche in altre ricerche in letteratura sembrano emergere spesso costi e tempistiche come fattori che influenzano negativamente la scelta di intraprendere la criopreservazione (Tornello, & Bos, 2017; Riggs & Bartholomaeus, 2018). Per quanto riguarda i fattori che disincentivano la genitorialità biologica, che però non dipendono dal contesto, sono stati messi in luce i vissuti disforici per l'interruzione delle terapie ormonali, l'invasività delle procedure di criopreservazione - specialmente nel caso delle persone AFAB - e semplicemente la preferenza per altre modalità di filiazione, tutti elementi già riscontrati in diversi studi in letteratura (Nahata et al., 2017; Chen et al., 2017; Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Allargando lo sguardo alle barriere che si interpongono fra il desiderio di genitorialità, più in generale, e l'intenzione e realizzazione della stessa, emergono dal presente studio ulteriori fattori che trovano riscontro in letteratura. Fatta eccezione per la semplice assenza di desiderio di genitorialità, circostanza tra l'altro presente anche nella popolazione cisgender, gli altri elementi individuati dipendono in larga misura dal contesto. In primo luogo, molt₃ partecipanti affermano di aver vissuto episodi discriminatori in contesti sanitari, sotto forma di microaggressioni come misgendering o deadnaming. Le esperienze negative nel contesto dell'assistenza sanitaria sembrano essere comuni in molti paesi e sono state riportate in diversi studi (James-Abra et al., 2015; Payne & Erbenius, 2018; Wingo et al., 2018). Sia da partecipanti italian₃ che portoghesi vengono descritti alcuni episodi discriminatori, ma nel

complesso sembra emergere che i partecipanti italiani siano molto più insoddisfatti, rispetto alle persone portoghesi, per quanto riguarda il rispetto, le attenzioni e la visibilità destinata loro nei contesti sanitari, in particolare sul tema della genitorialità.

Per quanto riguarda invece la legislazione - considerato anche quanto già esposto rispetto alla genitorialità biologica - dal presente studio emerge, questa volta esclusivamente nel contesto italiano, la totale assenza di diritti riproduttivi per le coppie omosessuali, le quali in Italia non possono accedere né alla PMA (legge n. 40/2004), né all'adozione (legge 184/1983). Le coppie TGD eterosessuali sono dunque costrette ad attendere la rettifica dei documenti, mentre le coppie TGD omosessuali, paradossalmente, possono accedere a PMA e ad adozione solo prima della suddetta rettifica. Nel contesto portoghese le persone non riportano questa problematica in quanto la loro legislazione non preclude l'accesso alle coppie dello stesso sesso (lei n. 2/2016; lei n. 17/2016). Ad ogni modo l'adozione sembra essere percepita, per entrambi i campioni di partecipanti, come una procedura che prevede molta burocrazia e tempistiche lunghe, nel concreto di difficile accesso. Secondo la letteratura, l'accessibilità da parte delle persone TGD alle pratiche di adozione può variare molto tra i diversi paesi, ma in generale è stato effettivamente riscontrato un certo livello di discriminazione istituzionale (Brown & Rogers, 2020). Un altro elemento strutturale discriminatorio, evidenziato dai partecipanti non binary di entrambi i paesi è il mancato riconoscimento legale di un genere neutro. Questo in particolare si ripercuote nell'assenza di una terza parola neutra, che non sia "padre" o "madre" per identificarsi nei confronti del figlio.

Da un punto di vista socioculturale, molti partecipanti del presente studio affermano di percepire lo stigma e i pregiudizi legati alla propria incongruenza di genere. Alcuni partecipanti portoghesi descrivono il Portogallo come un paese che, nonostante l'apparenza inclusiva e progressista, mantenga in realtà una radice conservatrice in merito a queste tematiche. Anche i partecipanti italiani parlano di un clima chiuso e stigmatizzante, nel quale si coltivano forti stereotipi di genere. Anche in merito alle competenze genitoriali delle persone TGD, qualcuno percepisce i pregiudizi da parte della popolazione generale, elemento storicamente presente

anche in letteratura (Weiner et al., 2015; De Wert et al., 2014; Baetens et al., 2003). Infine, un aspetto che viene citato dall₃ partecipanti di entrambi i paesi è la scarsa divulgazione e dialogo sul tema della genitorialità, sia nell'ambito delle associazioni LGBT che a livello di popolazione generale.

Prendendo come cornice concettuale la teoria del Minority Stress (Meyer, 2003; Frost & Meyer, 2023), tutti gli elementi fin qui discussi possono essere definiti fattori distali, in quanto possono essere concepiti come fattori di stress oggettivi, indipendenti dall'individuo. D'altra parte, sono stati individuati nel presente studio anche alcuni fattori di stress prossimali, ovvero i fattori che sorgono da processi di socializzazione nei quali le persone TGD sviluppano l'aspettativa di essere discriminat₃ a causa della consapevolezza dello stigma sociale dominante. Alla luce delle discriminazioni percepite nei vari contesti, alcun₃ partecipanti menzionano il timore di non essere accettat₃ da parte dell₃ propr₃ figl₃ stess₃, specialmente nel caso dell'adozione di bambin₃ cresciut₃ in contesti sociali potenzialmente transfobici e nel caso della presenza di figl₃ precedenti alla propria affermazione di genere. Al contempo, molt₃ sembrano anticipare la discriminazione ai danni dell₃ figl₃ stess₃, per il solo fatto di avere genitori TGD. I fattori prossimali, che dipendono dalle percezioni soggettive dell'individuo, potrebbero essere concepiti anche come elementi modulatori del desiderio stesso di essere genitori. Se immers₃ in un contesto molto stigmatizzante, quest'ultimo potrebbe essere fortemente interiorizzato ed ostacolare l'emergere del desiderio a priori. Dunque nell'applicare la MST alla genitorialità, si ipotizza che in alcuni casi il minority stress agisca non solo tramite un'azione ostacolante alla concretizzazione del progetto genitoriale, ma tramite una retroazione ad un livello più profondo, compromettendo il desiderio stesso di essere genitore.

Nel modello del Minority Stress, vengono presi in considerazione anche fattori positivi di resilienza, che controbilanciano l'impatto delle esperienze stressanti subite (Frost & Meyer, 2023). Anche nell'applicazione del suddetto modello all'ambito della genitorialità, si ritiene importante che vengano messi in luce anche questi elementi. Questi ultimi possono, anche in questo caso, essere più o meno contesto-dipendenti e, nel presente studio, sono stati suddivisi fra fattori che facilitano il progetto genitoriale in generale e fattori che facilitano specificatamente la genitorialità

biologica. Nell'ambito di quest'ultima, alcuni partecipanti hanno evidenziato come l'aver ricevuto informazioni corrette ed esaustive sull'impatto che i trattamenti affermativi hanno sulla fertilità e sulle possibilità di filiazione, li abbia fatti approcciare positivamente alla genitorialità, elemento sostenuto anche dalla letteratura (Lai et al., 2020). Alcuni partecipanti, specialmente portoghesi, riportano di avere fiducia che i professionisti si prendano carico della responsabilità di informarli a tempo debito sulle questioni importanti. Altre aspetti che favoriscono la scelta della genitorialità biologica da parte di alcune persone TGD sembrano essere la capacità di proiettarsi nel futuro e ragionare a lungo termine, l'importanza attribuita al legame di sangue ed alla trasmissione dei propri geni, la possibilità di controllare la qualità dei propri gameti e l'eventuale presenza di malattie ereditarie ed, infine, la possibilità di sentire il proprio ruolo genitoriale in completo allineamento con la propria identità di genere.

Più in generale, tra i fattori che sostengono e promuovono il proprio progetto genitoriale è stato evidenziato il vissuto di validazione, in primis, della propria identità e poi del proprio desiderio genitoriale, da parte del personale sanitario. Molti partecipanti portoghesi menzionano atteggiamenti rispettosi ed inclusivi degli professionisti e sembrano, in generale, essere soddisfatti dell'atmosfera dei contesti sanitari. Anche in ambito italiano vengono riportate alcune esperienze positive e di fiducia, sebbene l'atteggiamento prevalente risulti essere un altro. Emergono, poi, come elementi di fondamentale sostegno, il supporto ricevuto da parte della famiglia, da parte della comunità TGD e della comunità in generale. Nel contesto italiano, emerge la famiglia come importante contesto sociale validante e di supporto. Alcuni partecipanti portoghesi menzionano invece maggiormente, nel corso della loro intervista, la vicinanza alla comunità TGD, elemento che può essere considerato una strategia di coping collettivo (Gorman et al. 2022). Sembra che per molti sia importante avere modelli sociali positivi e persone che stanno vivendo o hanno vissuto esperienze simili alle loro. Risulta evidente l'importanza di scambi e momenti di incontro fra persone appartenenti alla comunità TGD, specialmente per far fronte a carenze istituzionali, qualora siano presenti. Per concludere, sono stati menzionati - principalmente da partecipanti italiani - alcuni fattori supportivi, legati alle percezioni soggettive del proprio ambiente. Sono emerse delle attitudini positive nei confronti

della propria esperienza, in termini di strategie di coping o di atteggiamenti di speranza nei cambiamenti futuri della società. Si ipotizza che quanto più le persone si trovino ad affrontare episodi stressanti, tanto più apprendano modalità per farvi fronte.

5.1 Punti di forza e limiti della ricerca

La presente ricerca si contraddistingue per la sua innovatività nel panorama degli studi sulla genitorialità transgender e non binary, a causa della sua natura cross-culturale e dell'applicazione della Minority Stress Theory come chiave di lettura per comprenderne i processi. Questa ricerca consente di contestualizzare le sfide della genitorialità TGD e, così facendo, comprendere più a fondo come esse interagiscono fra loro. Inoltre, grazie all'adozione di interviste semi-strutturate come strumento di indagine, permette di entrare nel merito dei punti di vista dell₃ partecipanti, evitando il rischio di appiattirne sfumature semantiche.

Tuttavia, lo studio non è privo di limiti che è necessario prendere in considerazione. Anzitutto, il campione di partecipanti ha una numerosità molto ridotta. Trattandosi, infatti, di un totale di undici partecipanti intervistati, di cui cinque italiani₃ e sei portoghesi, i dati emersi sono difficilmente generalizzabili all'intera popolazione TGD. Il campione è eterogeneo, in termini di età dell₃ partecipanti, orientamento sessuale e fase in cui le persone si collocano all'interno del percorso di affermazione di genere, il che da un lato lo rende maggiormente rappresentativo della complessiva popolazione TGD, ma dall'altro complessifica il confronto cross-culturale. Nonostante l₃ partecipanti del campione italiano e di quello portoghese siano stat₃ appaiat₃ per età e per sesso assegnato alla nascita, risulta comunque difficile isolare la variabile contesto. Per quanto riguarda la distribuzione dell'identità di genere e del sesso assegnato alla nascita il campione è molto squilibrato in favore delle persone AMAB binarie che si identificano nel genere femminile. Su undici partecipanti, infatti, nove sono AMAB e sette si identificano nel genere femminile. Per quanto sarebbe stato preferibile, considerati i limiti del reclutamento, escludere l₃ due partecipanti AFAB, delineando una miglior rappresentatività della popolazione AMAB,

a causa della bassa numerosità del campione si è preferito non ridurlo ulteriormente. Un altro limite della composizione del campione è rappresentato dal bias di campionamento, che consiste nel fatto che le persone interessate alla genitorialità o che comunque non percepiscono eccessivo disagio nell'affrontare la tematica, avessero una probabilità di campionamento superiore. Come descritto nel capitolo 3, infatti, sono stati reclutati per l'intervista 13 partecipanti che, in seguito alla compilazione di un questionario, hanno lasciato la disponibilità ad essere ricontattati, il che presuppone un particolare interesse personale nell'approfondire gli argomenti di indagine.

Infine, è importante menzionare anche i limiti linguistici nella conduzione e nell'analisi delle interviste in lingua portoghese. Infatti, le interviste all'3 partecipanti portoghesi sono state condotte interamente dalla sottoscritta e da una collega, studentessa magistrale di Psicologia Clinica, entrambe di madrelingua italiana con un livello linguistico B1 in lingua portoghese. Ciò comporta, inevitabilmente, che nella conduzione delle interviste possano essersi verificate delle incomprensioni e che alcune sfumature di contenuto possano non essere state colte in sede di analisi. Tuttavia, si è deciso di privilegiare l'uso della lingua madre della partecipante, anziché ricorrere ad esempio alla lingua inglese nei casi in cui fosse conosciuta dalla partecipante, per massimizzare il potenziale espressivo delle risposte.

5.2 Applicazioni cliniche e prospettive future

Il fine ultimo di questo lavoro è la promozione del benessere riproduttivo delle persone TGD attraverso la comprensione e decostruzione delle barriere contestuali alla genitorialità. A tal proposito, i risultati di questa ricerca potrebbero fornire dei contributi concreti sul piano clinico ed indicazioni per migliorare le policy che regolano i passaggi del percorso di affermazione. Emerge l'importanza dell'introduzione ed elaborazione del tema della genitorialità nel percorso psicologico che precede e accompagna l'affermazione di genere, in linea con quanto ritenuto opportuno dalle ultime linee guida (Coleman et al., 2022). Sono state individuate, a partire dalle opinioni dell'3 partecipanti, alcune potenziali migliorie da apportare al momento

informativo che precede l'inizio delle terapie affermative. I professionisti sanitari che conducono il counseling sulla fertilità dovrebbero avere una formazione specifica e dovrebbero esporre i vari aspetti con chiarezza ed esaustività, commisurando il tipo di comunicazione al livello di comprensione ed interesse dell'utente, delineando interventi personalizzati. Sarebbe opportuno, inoltre, che i suddetti professionisti integrino le proprie aree di conoscenza, collaborando in equipe multidisciplinari, e che abbiano conoscenze concrete sulle possibilità percorribili nel territorio specifico in cui operano. A tal proposito, potrebbe essere utile intensificare le connessioni a livello locale fra i servizi che si occupano del percorso di affermazione di genere e quelli che si occupano di preservazione di fertilità. Questo momento informativo dovrebbe, inoltre, avere delle tempistiche e modalità tali da consentire alla persona l'emergere di riflessioni personali informate ed eventualmente accompagnare nel tempo l'evoluzione di tali riflessioni, considerata la natura in divenire del progetto genitoriale. Sempre per quanto riguarda l'ambito clinico, le conoscenze emerse da questa ricerca suggeriscono l'importanza di valorizzare e rafforzare lo sviluppo di strategie di coping per fronteggiare il minority stress e promuovere altri fattori di supporto al progetto genitoriale, come la costruzione di reti sociali e la presenza di modelli positivi. A livello di policy, sembra essere opportuno fornire una formazione più specifica e concreta agli professionisti sanitari che si occupano di questi temi, per garantire uno standard qualitativo dei servizi messi a disposizione dell'utenza; facilitare l'accesso ai servizi con coperture assicurative; facilitare la diffusione di informazioni e conoscenza sulla genitorialità TGD, anche al fine di sensibilizzare la popolazione generale e decostruire gli stereotipi.

Per rendere più robusti i risultati discussi in questo elaborato e comprendere meglio le implicazioni che essi possono avere su un piano clinico si ritiene necessaria la conduzione di studi più approfonditi. Alcune direzioni per ricerche future potrebbero consistere nella replicazione del presente studio con un ampliamento della numerosità del campione, per renderlo maggiormente rappresentativo. A tal proposito, sarebbe opportuno dedicare maggiore spazio anche a partecipanti AMAB e a partecipanti con identità di genere non binary. Inoltre, il supporto di un'analisi quantitativa delle sfide al progetto genitoriale potrebbe fornire un utile contributo per

valutarne l'effettivo impatto e le differenze cross-culturali. Si considera necessaria una maggior diffusione dell'approccio cross-culturale, nell'ambito degli studi sulla genitorialità TGD, al fine di mettere a confronto un numero maggiore di paesi, integrare le conoscenze e metterle a disposizione delle persone TGD e della popolazione generale.

CONCLUSIONI

Il presente studio qualitativo cross-culturale approfondisce le conoscenze sul percorso verso la genitorialità nelle minoranze di genere, con un focus sugli aspetti contestuali che influenzano questo percorso. Alcuni risultati emersi dall'analisi delle interviste semi-strutturate costituiscono contributi a conferma della letteratura esistente. Riassumendo quanto sopra discusso, si può concludere che il progetto genitoriale prenda forma attraverso il susseguirsi di diversi stadi psicologici, il primo dei quali è il desiderio genitoriale. Sembra che il percorso di affermazione di genere, tramite diversi processi, possa interferire con l'emergere del suddetto desiderio e con il prosieguo del percorso, delineando alcune specificità nella genitorialità TGD. La necessità, per alcuni, di intraprendere terapie affermative medicalizzate complica le scelte sulle modalità genitoriali di preferenza, a causa del loro impatto sulla fertilità. Inoltre, fra desiderio ed effettiva intenzione genitoriale si interpongono una serie di difficoltà e sfide ulteriori che, nel caso della popolazione TGD, costituiscono un notevole ostacolo. Grazie a questa e ad altre ricerche è stato possibile catalogare la diversa natura di queste sfide. Alcune di esse presentano un margine di modifica più ampio, in quanto non dipendono dallo status di genitore né dalla condizione TGD in sé, ma sono frutto di circostanze esterne. Uno dei motivi per cui questo studio si è focalizzato sul contesto in cui le persone sono inserite è proprio il fatto che, a differenza di altri aspetti, il contesto è suscettibile di modifiche. Ciò è reso evidente dal confronto fra il contesto italiano ed il contesto portoghese, dove sono presenti alcune differenze che si riflettono in un diverso grado di accettazione e facilitazione della transgenitorialità.

Fra le maggiori problematiche riscontrate, in diversa misura, dalle comunità transgender e nonbinary italiana e portoghese sono emerse: la mancanza di attenzione e visibilità nei contesti sanitari e, in particolare, di cura dedicata al momento informativo sulla fertilità che precede la transizione medica; l'illegalità di procedure necessarie ad alcune coppie TGD per procreare; la difficile accessibilità di alcune procedure a causa di una mancata copertura assicurativa, eccessiva burocrazia e tempistiche lunghe; la presenza di stigma nei confronti delle persone TGD

e della transgenitorialità e l'interiorizzazione del suddetto stigma; l'ignoranza e la mancanza di informazione. Si ritiene necessario che tutti questi aspetti vengano meglio indagati e discussi in ricerche future e che vengano incoraggiate riflessioni sulla responsabilità sociale che ciascuna, ed in misura ancora maggiore chi ricopre il ruolo di clinica, ha nei confronti del benessere mentale e fisico della comunità transgender e gender diverse. Il presente studio fa dunque luce sugli effetti positivi che politiche di uguaglianza e non discriminazione possono avere sul desiderio e sull'intenzione delle persone TGD di diventare genitori.

BIBLIOGRAFIA

- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2019). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136-141.
- Agénor, M., Murchison, G. R., Najarro, J., Grimshaw, A., Cottrill, A. A., Janiak, E., ... & Charlton, B. M. (2021). Mapping the scientific literature on reproductive health among transgender and gender diverse people: a scoping review. *Sexual and reproductive health matters*, 29(1), 57-74.
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48-e50.
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302.
- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). The nature of prejudice.
- Alpern, S., Yaish, I., Wagner-Kolasko, G., Greenman, Y., Sofer, Y., Lifshitz, D. P., ... & Amir, H. (2022). Why fertility preservation rates of transgender men are much lower than those of transgender women. *Reproductive BioMedicine Online*, 44(5), 943-950.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American psychologist*, 70(9), 832-864.
- António, R., Pinto, T., Pereira, C., Farcas, D., & Moleiro, C. (2012). Bullying homofóbico no contexto escolar em Portugal. *Psicologia*, 26(1), 17-32.
- Anzani, A., Sacchi, S., & Prunas, A. (2021). Microaggressions towards lesbian and transgender women: Biased information gathering when working alongside gender and sexual minorities. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9), 2027-2040.
- Armuaud, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodríguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383-390.
- Auer, Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Baetens, P., Camus, M., & Devroey, P. (2003). Should requests for donor insemination on social grounds be expanded to transsexuals?. *Reproductive Biomedicine Online*, 6(3), 281-286.
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for trans gender adolescents and young adults: a systematic review. *Human reproduction update*, 25(6), 694-716.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15(1), 1-15.
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European journal of pediatrics*, 159, 369-374.

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.

Botteghi, E., & Romanella, A. (2022). Trans* con figl3. Suggestimenti per (futura) genitori trans* e loro alleatè. Arcigay.it. Retrieved August 9, 2023, from <https://www.arcigay.it/wpcontent/themes/arcigay/materiali/identita/Trans-con-figl3.pdf>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be (com) ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6.

Brown, C., & Rogers, M. (2020). Removing gender barriers: Promoting inclusion for trans and non-binary carers in fostering and adoption. *Child & Family Social Work*, 25(3), 594–601.

Capela, D., Louro, N., & de Carvalho, J. L. F. (2021). Preservação da fertilidade em indivíduos transgênero. *Revista internacional de andrologia*, 19(2), 137–144.

Cavallo, A., Lugli, L., & Prearo, M. (2021). Cose, spiegate bene. Questioni di un certo genere.

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.

Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J., & Robinson, K. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77.

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., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., ... & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 62–68.

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..

Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370.

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.

Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*, 51(3), 53–69.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259.

Committee on Adolescent Health Care of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 685: care for transgender adolescents. *Obstet Gynecol* 2017;129:e11–e16.

Corte Costituzionale n. 162, 10 giugno 2014. Retrieved from:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/06/18/T-140162/s1>

Corte Costituzionale, 21 Ottobre 2015, sentenza n. 221. Retrived from:
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2015&numero=221>

Corte di Cassazione, 20 Luglio 2015, sentenza n. 15138. Retrieved from:
<https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=30132>

Costa, D. (2023). Gender affirming pathways in Italy between law, health issues and social considerations. *Science & Philosophy*, 11(1), 89-106.

Costa, P. A., & Davies, M. (2012). Portuguese adolescents' attitudes toward sexual minorities: Transphobia, homophobia, and gender role beliefs. *Journal of homosexuality*, 59(10), 1424-1442.

Crapanzano, A., Carpiniello, B., & Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 120-128.

de Oliveira Rodrigues, M. (2022). A ausência de reconhecimento legal da parentalidade trans em Portugal. *ex aequo*, 83.

De Oliveira, J. M., Costa, C. G., & Nogueira, C. (2013). The workings of homonormativity: Lesbian, gay, bisexual, and queer discourses on discrimination and public displays of affections in Portugal. *Journal of Homosexuality*, 60(10), 1475-1493.

De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 28(1), 112-119.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>

De Sutter P. (2001). Gender reassignment and assisted reproduction: present and future reproductive options for transsexual people. *Human reproduction (Oxford, England)*, 16(4), 612-614.
<https://doi.org/10.1093/humrep/16.4.612>

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.

de-Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado-Rodríguez, N., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., Cardona-Llabrés, C., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Biological, psychological, social, and legal aspects of trans parenthood based on a real case—a literature review. *International journal of environmental research and public health*, 16(6), 925.

Decreto N. 773/12, 23-may-2012. Retrieved from:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=197861>

Determina 104273. 23 settembre 2020. Retrieved from:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-09-30&atto.codiceRedazionale=20A05245

Dewey, J. M., Oppenheim, E. R., & Watson, D. P. (2023). (Dis) Empowering Trans People: Depathologization Through Treatment Guidelines and Provider Decision-Making. *Humanity & Society*, 01605976231162341.

Downing, J. B. (2012). Transgender-parent families. In *LGBT-parent families: Innovations in research and implications for practice* (pp. 105-115). New York, NY: Springer New York.

Elischberger, H. B., Glazier, J. J., Hill, E. D., & Verduzco-Baker, L. (2018). Attitudes toward and beliefs about transgender youth: A cross-cultural comparison between the United States and India. *Sex roles, 78*, 142-160.

Emmanuel, M., & Bokor, B. R. (2017). Tanner stages.

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility, 104*(5), 1111-1115.

European Commission (2012). *Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. Luxembourg: European Commission. Available at: http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/trans_and_intersex_people_EC_EN.pdf

European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, (2020). *Legal gender recognition in the EU: the journeys of trans people towards full equality*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/50202>

European Union Agency for Fundamental Rights (2014) retrieved from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>

Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT health research, 3*(3), 11-30

Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., Rosoklija, I., Jacobson, J., Shnorhavorian, M., Pavone, M. E., Moravek, M. B., Bonifacio, H. J., Simons, L., Hudson, J., Fechner, P. Y., Gomez-Lobo, V., Kadakia, R., Shurba, A., Rowell, E., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity. *Transgender health, 1*(1), 99-107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology, 101579*.

Gato, J., & Fonseca, M. (2022). Fertility preservation and parenthood: Perspectives of trans and non-binary youth and parents in Portugal. *Social Sciences, 11*(10), 458

Gato, J., Leal, D., Moleiro, C., Fernandes, T., Nunes, D., Marinho, I., ... & Freeman, C. (2020). "The worst part was coming back home and feeling like crying": Experiences of lesbian, gay, bisexual and trans students in Portuguese schools. *Frontiers in psychology, 10*, 2936.

Gorman, K. R., Shipherd, J. C., Collins, K. M., Gunn, H. A., Rubin, R. O., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2022). Coping, resilience, and social support among transgender and gender diverse individuals experiencing gender-related stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 9*(1), 37.

Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health, 70*(4), 643-649.

Grossman A. H., Park J. Y., Russell S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20*(4), 329-349.

Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Brémont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive biomedicine online, 20*(4), 553-558.

Hafford-Letchfield, T., Cocker, C., Rutter, D., Tinarwo, M., McCormack, K., & Manning, R. (2019). What do we know about transgender parenting?: Findings from a systematic review. *Health & Social Care in the Community, 27*(5), 1111-1125.

- 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.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., 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 <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J, Hassan Murad, M, Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102*(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
- Hilário, A. P. (2019). (Re) Making gender in the clinical context: a look at how ideologies shape the medical construction of gender dysphoria in Portugal. *Social theory & health, 17*, 463-480.
- Hilario, A. P. (2020). Rethinking trans identities within the medical and psychological community: A path towards the depathologization and self-definition of gender identification in Portugal?. *Journal of gender studies, 29*(3), 245-256.
- Hines, S. (2006). Intimate transitions: Transgender practices of partnering and parenting. *Sociology, 40*(2), 353-371.
- Hines, S., & Santos, A. C. (2018). Trans* policy, politics and research: The UK and Portugal. *Critical Social Policy, 38*(1), 35-56.
- Ilga Rainbow Europe, 2023. Retrieved from: <https://www.ilga-europe.org/rainbow-europe/>
- Israeli, T., Preisler, L., Kalma, Y., Samara, N., Levi, S., Groutz, A., ... & Amir, H. (2022). Similar fertilization rates and preimplantation embryo development among testosterone-treated transgender men and cisgender women. *Reproductive BioMedicine Online, 45*(3), 448-456.
- 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.
- Johnson, E. K., Finlayson, C., Rowell, E. E., Gosiengfiao, Y., Pavone, M. E., Lockart, B., Orwig, K. E., Brannigan, R. E., & Woodruff, T. K. (2017). Fertility Preservation for Pediatric Patients: Current State and Future Possibilities. *The Journal of urology, 198*(1), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.09.159>
- 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.)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Legge n. 164, 14 aprile 1982. Retrieved from: <https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1982-04-19&atto.codiceRedazionale=082U0164&tipoDettaglio=multivigenza&qId=4b92e92a-164b-4fbe-83f1-c69fa4e6e0e7&tabID=0.29583542893736436&title=Atto%20multivigente&bloccoAggiornamentoBreadCrumbs=true>
- Legge n. 40, 19 febbraio 2004. Retrieved from: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/02/24/004G0062/sg>
- Lei n. 143/2015, de 08 de Setembro. Retrieved from: https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2423&tabela=leis&ficha=1#:~:text=A%20presente%20lei%20altera%20o%20C%C3%B3digo%20Civil%20aprovado,aprova%20o%20Regime%20Jur%C3%AAdico%20do%20Processo%20de%20Ado%C3%A7%C3%A3o.

Lei n. 17/2016, de 20 de junho. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/17-2016-74738646>

Lei n. 2/2016, de 29 de Fevereiro. Retrieved from: https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2515&tabela=leis&ficha=1

Lei n. 38/2018, de 07 de Agosto. Retrieved from: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2926&tabela=leis&ficha=1

Lei n. 7/2011, de 15 de Março 2011. Retrieved from: <https://dre.tretas.org/dre/282851/lei-7-2011-de-15-de-marco#:~:text=Lei%207%2F2011%20de%2015%20de%20Mar%C3%A7o%20Cri%20o,d%C3%A9cima%20s%C3%A9tima%20altera%C3%A7%C3%A3o%20ao%20C%C3%B3digo%20do%20Registo%20Civil>

Lei. n. 90/2021, de 16 de dezembro. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/90-2021-175983728>

Leibetseder, D. (2018). Queer and trans access to assisted reproductive technologies: A comparison of three EU-States, Poland, Spain and Sweden. *Journal of International Women's Studies*, 20(1), 10-26.

Leibetseder, D., & Griffin, G. (2020). States of reproduction: the co-production of queer and trans parenthood in three European countries. *Journal of Gender Studies*, 29(3), 310-324.

Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858-865.

Lindqvist, A., Sendén, M. G., & Renström, E. A. (2021). What is gender, anyway: a review of the options for operationalising gender. *Psychology & sexuality*, 12(4), 332-344.

Lingiardi, V., Nardelli, N., Ioverno, S., Falanga, S., Di Chiacchio, C., Tanzilli, A., & Baiocco, R. (2016). Homonegativity in Italy: Cultural issues, personality characteristics, and demographic correlates with negative attitudes toward lesbians and gay men. *Sexuality Research and Social Policy*, 13, 95-108.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816-826.

Marinho, I., Gato, J., & Coimbra, S. (2021). Parenthood intentions, pathways to parenthood, and experiences in the health services of trans people: An exploratory study in Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 18, 682-692.

Matos, C. G., Martins, B., & Salgado, T. (2023). *Guia Sobre Saúde e Leis Trans em Portugal: Recursos e Procedimentos*. (2a Edição).

Mattelin, E., Strandell, A., & Bryman, I. (2022). Fertility preservation and fertility treatment in transgender adolescents and adults in a Swedish region, 2013-2018. *Human Reproduction Open*, 2022(2), hoac008.

Medico, D., Pullen Sansfacon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002-1014.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 38-56.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.

- Moleiro, C., & Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in psychology*, 6, 1511.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2020). Legal gender recognition in Portugal: A path to self-determination. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, 1(1).
- Moleiro, C., Alarcão, V., & Giami, A. (2023). Looking at Resilience among Transgender and Gender Diverse People in Portugal: Gender Affirmation Paths and Parenting Aspirations. *Social Sciences*, 12(2), 68.
- Monaco, S., & Nothdurfter, U. (2023). Discovered, made visible, constructed, and left out: LGBT+ parenting in the Italian sociological debate. *Journal of Family Studies*, 29(2), 471-488.
- Morong, J. J., Class, Q. A., Zamah, A. M., & Hinz, E. (2022). Parenting intentions in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(2), 557-562.
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth—A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>.
- 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.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*, 47(1), 12-23.
- Open Society Foundations (2014). License to be yourself: Laws and advocacy for legal gender recognition of trans people. New York: Open Society Foundation. Retrieved from: <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/license-be-yourself>
- Osservatorio nazionale sull'identità di genere, 2023. Retrieved from: <https://onig.it>
- Pacilli, M. G., Taurino, A., Jost, J. T., & van der Toorn, J. (2011). System justification, right-wing conservatism, and internalized homophobia: Gay and lesbian attitudes toward same-sex parenting in Italy. *Sex Roles*, 65, 580-595.
- Pasquino, A. M., Pucarelli, I., Accardo, F., Demiraj, V., Segni, M., & Di Nardo, R. (2008). Long-term observation of 87 girls with idiopathic central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analogs: impact on adult height, body mass index, bone mineral content, and reproductive function. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 190-195.
- Passet-Wittig, J., & Bujard, M. (2021). Medically assisted reproduction in developed countries: Overview and societal challenges. *Research Handbook on the Sociology of the Family*, 417-438.
- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & medicine*, 25(3), 329-343.
- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2020). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices. In *Conceiving Contemporary Parenthood* (pp. 87-101). Routledge.
- Perry, D. G., Pauletti, R. E., & Cooper, P. J. (2019). Gender identity in childhood: A review of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, 43(4), 289-304.
- Petit, M. P., Julien, D., & Chamberland, L. (2018). Interlinkages between parental and trans trajectories: A life course perspective. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(3), 371

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. American Society for Reproductive Medicine position statement on uterus transplantation: a committee opinion. *Fertil Steril* 2018;110:605–610.

Prunas, A., Clerici, C. A., Gentile, G., Muccino, E., Veneroni, L., & Zoja, R. (2015). Transphobic murders in Italy: An overview of homicides in Milan (Italy) in the past two decades (1993–2012). *Journal of interpersonal violence*, 30(16), 2872–2885.

Pullen Sansfaçon A., Hébert W., Lee E. O. J., Faddoul M., Tourki D., Bellot C. (2018). Digging beneath the surface: Results from stage one of a qualitative analysis of factors influencing the well-being of trans youth in Quebec. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 184–202.

Radix, A. E. (2016). Medical transition for transgender individuals. Lesbian, gay, bisexual, and transgender healthcare: A clinical guide to preventive, primary, and specialist care, 351–361.

Rafferty J. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics* 2018;142:e20182162.

Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 72(Suppl 3), S235.

Rider G. N., McMorris B. J., Gower A. L., Coleman E., Eisenberg M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, 141(3), e20171683.

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15, 1–10.

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.

Riggs, D. W., Von Doussa, H., & Power, J. (2015). The family and romantic relationships of trans and gender diverse Australians: An exploratory survey. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 243–255.

Rimes K. A., Goodship N., Ussher G., Baker D., West E. (2017). Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 1–11.

Riskind, R. G., & Patterson, C. J. (2010). Parenting intentions and desires among childless lesbian, gay, and heterosexual individuals. *Journal of Family psychology*, 24(1), 78.

Ristori, J., & Mazzoli, F. (2020). La presa in carico psicologica di minori con sviluppo d'identità di genere atipico. Focus: L'interesse del minore e le esigenze di ordine pubblico nella sentenza delle Sezioni unite n. 12193/19, 99.

Robles, R., Keeley, J. W., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Perez, V., Sharan, P., ... & Reed, G. M. (2022). Validity of categories related to gender identity in ICD-11 and DSM-5 among transgender individuals who seek gender-affirming medical procedures. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100281.

Rodrigues, L., Grave, R., de Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2016). Study on homophobic bullying in Portugal using Multiple Correspondence Analysis (MCA). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 191–200

Rodriguez-Wallberg, K., Obedin-Maliver, J., Taylor, B., Van Mello, N., Tilleman, K., & Nahata, L. (2023). Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 7–25.

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues, 73*(3), 563-585.

Scandurra, C., Bacchini, D., Esposito, C., Bochicchio, V., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2019). The influence of minority stress, gender, and legalization of civil unions on parenting desire and intention in lesbian women and gay men: Implications for social policy and clinical practice. *Journal of GLBT Family Studies, 15*(1), 76-100.

Scandurra, C., Carbone, A., Baiocco, R., Mezzalana, S., Maldonato, N. M., & Bochicchio, V. (2021). Gender identity milestones, minority stress and mental health in three generational cohorts of Italian binary and nonbinary transgender people. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(17), 9057..

Scandurra, C., Vitelli, R., Maldonato, N. M., Valerio, P., & Bochicchio, V. (2019). A qualitative study on minority stress subjectively experienced by transgender and gender nonconforming people in Italy. *Sexologies, 28*(3), e61-e71.

Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology, 5*(5), 873-880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>

Schulz, S. L. (2018). The informed consent model of transgender care: An alternative to the diagnosis of gender dysphoria. *Journal of humanistic psychology, 58*(1), 72-92.

Schuster, T. G., Hickner-Cruz, K., Ohl, D. A., Goldman, E. & Smith, G. D. (2003). Legal considerations for cryopreservation of sperm and embryos. *Fertility and Sterility, 80*(1), 61-66 [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)00503-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)00503-X).

Short, E., Riggs, D. W., Perlesz, A., Brown, R., & Kane, G. (2007). *Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) parented families*. Melbourne: The Australian Psychological Society.

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrology and Urology, 9*(Suppl 2), S215.

Stolk, T. H. R., Asseler, J. D., Huirne, J. A. F., van den Boogaard, E., & van Mello, N. M. (2023). Desire for children and fertility preservation in transgender and gender diverse people: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 102*312.

Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior, 14*(3), 170-179.

Stotzer, R. L., Herman, J. L., & Hasenbush, A. (2014). Transgender parenting: A review of existing research.

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.

T'Sjoen, G., Radix, A., & Motmans, J. (2020). Language & ethics in transgender health. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(9), 1585-1586.

Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual review of psychology, 33*(1), 1-39.

Tan, K. K., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2019). Gender minority stress: A critical review. *Journal of homosexuality*.

Tasker, F., & Gato, J. (2020). Gender identity and future thinking about parenthood: A qualitative analysis of focus group data with transgender and non-binary people in the United Kingdom. *Frontiers in Psychology, 11*, 865.

- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(2), 229-e1.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(1), 65.
- TGEU trans rights map, 2023. Retrieved from: <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT health*, 4(2), 115-120.
- Transgender Europe TGEU (2023). Retrieved from: https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/?submap=tmm_2010
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, 145(2).
- Turner, L., Whittle, S., & Combs, R. (2009). *Transphobic hate crime in the European Union*. London: Press for Change.
- TvT Research Project (2020). Retrieved from: <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2020/>
- van Leerdam, T. R., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). The effect of gender-affirming hormones on gender dysphoria, quality of life, and psychological functioning in transgender individuals: a systematic review. *Transgender Health*, 8(1), 6-21.
- Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collet, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Goossens, E. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5-15.
- Vipond, E. (2015). Resisting transnormativity: Challenging the medicalization and regulation of trans bodies. *Theory in Action*, 8(2), 21.
- Vitelli, R., Scandurra, C., Pacifico, R., Selvino, M. S., Picariello, S., Amodeo, A. L., ... & Giami, A. (2017). Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery. *Sexologies*, 26(4), e43-e51.
- 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.
- Weiner, B. A., & Zinner, L. (2015). Attitudes toward straight, gay male, and transsexual parenting. *Journal of Homosexuality*, 62(3), 327-339.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., ... & T'Sjoen, G. (2012a). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487.
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012b). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of sexual behavior*, 41, 1069-1071.
- 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.
- Wolfe, G., & Fogwell, N. (2022). DSM Discrimination and the LGBT Community: Using the History of Diagnostic Discrimination Against Sexual Minorities to Contextualize Current Issues in Transgender and Gender Diverse Mental Healthcare. *Psychology from the Margins*, 4(1), 2.

Zeluf, G., Dhejne, C., Orre, C., Nilunger Mannheimer, L., Deogan, C., Höjjer, J., & Ekéus Thorson, A. (2016). Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey. *BMC public health*, 16(1), 1-15.