



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

Esplorazione della genitorialità transgender e gender diverse in Italia e Portogallo: uno studio cross-culturale

Exploring transgender and gender diverse parenting
in Italy and Portugal: a cross-cultural study

Relatrice: Prof.ssa Marina Miscioscia

Laureanda: Giulia Sailis

Matricola: 2050542

Anno Accademico 2023/2024

«Homo sum, humani nihil a me alienum puto»

(Terenzio, *Heautontimorumenos*, I, 1, 25)

INDICE

Introduzione	1
CAPITOLO 1	
Tematiche e genitorialità transgender.....	3
1.1. Varianza di genere e percorso di affermazione.....	3
1.2. Infertilità e procedure di preservazione della fertilità.....	13
1.3. Il contesto italiano e portoghese.....	17
1.3.1. Italia.....	17
1.3.2. Portogallo.....	21
1.3.3. Italia e Portogallo a confronto.....	24
CAPITOLO 2	
Desiderio di genitorialità in persone <i>Transgender and Gender Diverse</i>	31
2.1. Prevalenza.....	32
2.2. Ostacoli all'accesso ai percorsi di genitorialità.....	34
2.2.1. Aspetti biologici, medici e psicologici.....	35
2.2.2. Aspetti socio-culturali e <i>minority stress</i>	40
CAPITOLO 3	
La presente ricerca.....	50
3.1. Obiettivi.....	50
3.2. Metodo.....	52
3.2.1. Partecipanti.....	52
3.2.2. Procedure.....	55
3.2.3. Strumenti	57
3.3. Analisi dei dati.....	61

CAPITOLO 4

Risultati.....	63
4.1. Storia di genere e preservazione della fertilità.....	63
4.2. Genitorialità.....	65
4.3. <i>Minority Stress</i>	68
4.4. Correlazioni.....	69

CAPITOLO 5

Discussione e conclusioni.....	75
Bibliografia	86

Introduzione

Le persone *transgender e gender diverse* (TGD) manifestano il desiderio di diventare genitori per le stesse ragioni delle persone cisgender: bisogno di intimità, accudimento, il desiderio di creare una famiglia (Stonk et al., 2023; *American Society for Reproductive Medicine*, ASRM, 2015). Nonostante le diverse possibilità di procreazione attualmente esistenti, in relazione ad una serie di variabili complesse, individuali e contestuali, ed un forte stigma, intraprendere un percorso di genitorialità può rivelarsi molto costoso a livello finanziario e psicologico per le persone *transgender* (Tornello e Bos, 2019).

In linea con quanto sostenuto all'interno del modello del *Minority Stress* (Meyer, 2006; Frost & Meyer, 2023) le persone TGD, in quanto parte di una minoranza, sperimentano alti livelli di stress derivanti dal contesto stigmatizzante a cui sono esposte, i quali aumentano il rischio di sviluppare conseguenze avverse nella salute fisica e mentale. Le persone *transgender* risultano essere fortemente discriminate ed escluse dall'accesso ai percorsi di genitorialità, a causa di criteri normativi che concepiscono la genitorialità come esclusivamente eterosessuale e cisgender. Risultano essere infatti una minoranza i Paesi nei quali, attualmente, la genitorialità transgender è riconosciuta, accettata e sostenuta a livello sociale e culturale (Mattelin et al., 2022).

Alla luce di queste considerazioni, il presente studio si pone come obiettivo l'esplorazione di desiderio, preferenze e attitudini di genitorialità tramite un approccio cross-culturale, all'interno dei contesti italiano e portoghese. In

aggiunta, la ricerca approfondisce i livelli di *minority stress* vissuto dalle persone *transgender e gender diverse* all'interno dei due contesti, ed esplora l'influenza dello stesso su preferenze ed opinioni riguardanti la genitorialità biologica.

Nel primo capitolo viene presentato un quadro generale della letteratura riguardante identità di genere, percorso affermativo di genere e procedure di preservazione della fertilità; vengono poi analizzati gli iter all'interno dei due contesti, italiano e portoghese, e messi a confronto. All'interno del secondo capitolo viene affrontato il tema del desiderio di genitorialità nelle persone *transgender* insieme ai numerosi aspetti che limitano l'accesso ai percorsi di genitorialità, biologica e non, nelle persone *transgender e gender diverse*. Nel terzo capitolo viene presentata la ricerca: sono stati approfonditi, tramite un questionario self-report, aspetti relativi a preferenze, opinioni ed attitudini riguardanti la genitorialità biologica e livelli di *minority stress* in un campione di persone *transgender e non binary* residenti in Italia e Portogallo (N=143). Nel quarto capitolo sono presentati i risultati delle analisi della presente ricerca, successivamente discussi ed interpretati in relazione agli obiettivi di ricerca e alla letteratura più recente, nel capitolo sesto. Nella parte conclusiva dello stesso, sono stati presentati limiti dello studio e suggerite direzioni future di ricerca.

Il presente lavoro, pur riconoscendo i propri limiti, mira a fornire un contributo scientifico alla comprensione e all'accettazione della genitorialità *transgender*. Inoltre, intende promuovere il diritto riproduttivo delle persone appartenenti a minoranze di genere e sessuali.

1. Tematiche e genitorialità *transgender*

1.1. Varianze di genere e percorso di affermazione

L'identità di genere è un concetto multidimensionale: per poterlo meglio comprendere nelle sue varie sfumature, è necessario distanziarsi da una classica e diffusa concezione del genere come esclusivamente binario. Questa concezione, fortemente radicata nella nostra società, afferma l'esistenza di due soli generi, uomo e donna, assegnati in base al sesso biologico alla nascita, e sottintende l'aspettativa che tutte le persone si identifichino in essi (Coleman et al., 2022). Nonostante l'aspettativa culturalmente e storicamente diffusa riguardante la corrispondenza tra i due, è attualmente condiviso che il genere non corrisponda necessariamente al sesso biologico e non sia definito dagli organi genitali esterni (Bass et al., 2018). In linea con questo, il genere può essere invece collocato all'interno di uno spettro, un continuum, delimitato dalle categorie uomo e donna, ma non limitato esclusivamente ad esse (Bass et al., 2018). All'interno di questo continuum, molte persone si identificano in generi che vanno oltre il binarismo, vivendo il genere come fluido, non statico nel tempo o nei vari contesti, oppure non volendosi identificare in nessun genere specifico; il termine varianze di genere viene utilizzato per riferirsi a tutte queste sfumature. In base al contesto di riferimento il concetto di genere assume diversi significati, tra i quali identità di genere, espressione di genere, ruolo sociale di genere. Il concetto di identità di genere è definito come l'insieme di cognizioni e percezioni profonde che la persona ha di sé rispetto al proprio genere di appartenenza, all'interno dell'insieme di categorie di genere presenti nel proprio contesto (Perry

et al., 2019). L' espressione di genere comprende il modo in cui una persona, nella sua vita quotidiana, esprime il proprio genere all'interno del proprio contesto. Può avvenire tramite l'aspetto fisico, discorsi, modelli di comportamento, nomi. L'espressione di genere di una persona può non essere conforme all'identità di genere. Ci si riferisce, invece, al ruolo di genere in relazione alle aspettative e convenzioni sociali legati ai diversi generi (Coleman et al., 2022).

Per quanto riguarda il sesso, tipicamente assegnato in base alle caratteristiche dei gameti sessuali alla nascita, si possono distinguere persone AFAB (*Assigned-female at birth*, persone nate con caratteristiche sessuali femminili), AMAB (*Assigned male at birth*, persone nate con caratteristiche sessuali maschili), o intersessuali, ovvero persone che presentano alla nascita caratteri sessuali non tipicamente maschili o femminili.

Il termine transgender si riferisce a persone la cui attuale identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita. Nel momento in cui la persona percepisce una divergenza fra il genere assegnato alla nascita e la propria identità di genere, si parla di incongruenza di genere (World Health Organization, WHO, 1992), e quando questa causa un disagio clinicamente significativo nella quotidianità della persona, si parla di disforia di genere (American Psychological Association, APA, 2013). Persone con identità e/o espressioni di genere differenti dalle aspettative, sociali e culturali, attribuite al sesso assegnato alla nascita, sono definite come *gender diverse*. Questo termine può includere, tra le tante espressioni, le persone che si identificano come *transgender*, non binarie, *gender fluid* o *gender nonconforming* (Coleman et al., 2022). Il termine *transgender* viene

utilizzato in letteratura come inclusivo dell'intero range di espressioni di genere (APA, 2021). Per quanto riguarda il presente studio, verrà utilizzata prevalentemente l'espressione "*transgender e gender diverse*" (TGD), come termine ombrello che include tutte le identità ed espressioni di genere, in linea con gli *Standards of Care for the Health of Transgender and gender diverse people* (SOC-8), elaborati da Coleman e colleghi (2022). Inoltre, con il fine di potersi riferire anche a persone con identità di genere diverse da quella maschile e femminile, e di evitare l'utilizzo del maschile sovraesteso, verranno utilizzati lo schwa (-ə) per il singolare e il numero -3 per il plurale. Uno dei modi che abbiamo di accogliere e supportare la diversità è attraverso l'utilizzo di un linguaggio che possa rappresentare tutte le persone. Chi viene nominatə ha più concretezza; chi non ha un nome, invece, è meno visibile ai nostri occhi (Ghenò, 2021). Inoltre, il nostro modo di comunicare evolve e si adatta continuamente insieme a noi: adottare un linguaggio inclusivo e non patologizzante è un'azione che può concretamente contribuire a ridurre lo stigma nei confronti delle persone *transgender* e di genere diverso (Ghenò, 2022; Sandrone, 2017).

La percezione di incongruenza di genere nelle persone TGD è stata, per molto tempo, etichettata come Disturbo dell'Identità di genere. È attualmente condiviso che l'essere *transgender* in sé non sottintende la presenza di un disagio clinicamente significativo e che non tutte le persone TGD sperimentano disforia. La varianza di genere è considerata un'espressione della diversità umana, ed il disagio sperimentato e percepito dalle persone TGD attribuibile ad una condizione di forte stigma sociale (Crapanzano e Mixon, 2022). A tal proposito, all'interno delle versioni più recenti del sistema di Classificazione Internazionale

delle malattie (ICD) e del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) sono stati fatti dei passi avanti con l'intento di de-patologizzare questa condizione. Nell'ICD-11 (2021) la disforia di genere è stata rimossa dalla categoria di "Disturbi mentali, comportamentali o del neurosviluppo" ed inserita in una sezione relativa alle condizioni correlate alla salute sessuale ed il termine "transessualismo" è stato sostituito dall'espressione "incongruenza di genere". Per quanto riguarda il DSM-5-TR (2022), la disforia di genere è stata rimossa dal capitolo relativo alle "Disfunzioni sessuali e parafilie" ed il termine "procedure mediche di transizione sessuale" sostituito con "procedure di affermazione di genere". Nonostante sia ampiamente riconosciuto che la disforia di genere non sia una patologia psichiatrica, il fatto che sia categorizzata all'interno dei manuali diagnostici permette l'accesso alle procedure mediche e legali per poter accedere al percorso di affermazione di genere, oltre che all'assicurazione sanitaria. Inoltre, chi supporta il modello diagnostico ribadisce la necessità di avere dei criteri per poter un orientare la terapia, definire i protocolli e determinare chi ha diritto alla copertura assicurativa per le spese sanitarie. Chi, invece, vi si oppone, ribadisce l'impatto dello stigma e della discriminazione associati a tutte le espressioni di genere non normative, sostenendo che il disagio psicologico sperimentato sia maggiormente correlato a questi fattori rispetto che a caratteristiche intrinseche alla persona. In linea con questo, includere questa condizione all'interno di un manuale diagnostico potrebbe aumentare lo stigma percepito anziché ridurlo (Schulz, 2018). La questione risulta essere complessa e motivo di un acceso dibattito. A tal proposito, appare interessante il punto di vista proposto da Benestad (2010), che, partendo dal linguaggio, ribalta

l'accezione patologica e parla di "euforia" di genere: questa implica un percorso verso la realizzazione positiva di genere, libero da senso di colpa e di inadeguatezza che alimentano disforia rispetto a sé stessi³ e il proprio corpo, ma di tipo euforico, affermativo.

Le persone TGD possono decidere di intraprendere un percorso di affermazione di genere, o transizione, con il fine di allineare le caratteristiche fisiche e la propria persona alla propria identità di genere. Questo viene definito in modo specifico in base alle esigenze di ogni singola persona e può includere l'affermazione psicologica, medica, sociale e legale. Non tutte le persone che desiderano intraprendere questo percorso sperimentano disforia di genere ma, nella maggior parte delle legislazioni, la diagnosi è ritenuta necessaria per accedere alle cure o ad altre procedure legali legate all'affermazione. Il potere decisionale riguardante l'accesso alle cure, in questo caso, risiede esclusivamente nei professionisti sanitari. La possibilità di non essere considerate "abbastanza trans" per poter accedere alle cure porta molte persone *transgender* a supportare e assecondare la narrativa patologica, anche nei casi in cui non è in linea con la propria esperienza, al fine di minimizzare le barriere di accesso ai servizi e ai trattamenti (Singh e Dickey, 2017; Waszkiewicz, 2006). Questo risulta essere non necessario e fortemente patologizzante per molte persone TGD (Schulz, 2018). Un'alternativa al modello diagnostico (chiamato anche di *gatekeeping*) è rappresentata dal più recente Modello del Consenso Informato. L'approccio de-patologizza la varianza di genere e supporta il diritto e l'autonomia degli individui nell'intraprendere il proprio percorso di affermazione. In questo modello, l'identità di genere non è causa del disagio psichico, ma può essere considerata una

caratteristica comune alle persone *transgender* (Riggle et al., 2011). Le persone TGD, partendo dal diritto fondamentale di ogni persona all'auto-determinazione, sono considerate in possesso della abilità cognitive necessarie per poter prendere decisioni relative alla propria salute. In linea con questi principi, le persone TGD sono informate anticipatamente dei benefici, dei rischi dei trattamenti e delle possibili alternative, per poter poi prendere una decisione consapevole. Si parte quindi da presupposti molto diversi rispetto a quelli del modello diagnostico: il costrutto di genere è riconosciuto come vario e multidimensionale, e il disagio clinicamente significativo, nel momento in cui è presente, non è considerato conseguenza diretta dell'identità di genere, ma correlato allo stigma ed al contesto eterocisnormativo all'interno del quale la persona è inserita (Crapanzano e Mixon, 2022). I professionisti sanitari hanno un ruolo di guida e supporto, come specialisti di genere o educatori per la persona e la sua famiglia, affinché il percorso sia facilitato, consapevole e favorisca il benessere della persona, senza negare il suo diritto all'autodeterminazione. Con il Modello del consenso informato, il percorso di affermazione, da imposto dall'esterno e necessario, diventa un processo intenzionale di costruzione di un sé che possa essere coerente con la propria identità di genere, e che non rispecchi necessariamente caratteristiche binarie, ma *queer* (Crapanzano e Mixon, 2022).

In linea con questi principi, il supporto e l'eventuale terapia psicologica prima, durante, e dopo il percorso di affermazione, deve basarsi su una buona alleanza terapeutica, un ambiente sicuro e non giudicante, all'interno del quale la paziente ha autonomia ed è responsabile della propria salute mentale. La professionista

deve impegnarsi nel minimizzare le barriere sistematiche e nel promuovere azioni di cambiamento sociale che riducano gli effetti negativi dello stigma sul benessere delle persone *transgender* (APA, 2015). Come indicato all'interno delle linee guida internazionali elaborate da Coleman e colleghi (2022), lo operatore della salute mentale deve assicurarsi anticipatamente che non siano presenti altri disturbi o sintomi psicologici o psichiatrici, dipendenza o abuso di sostanze che possano interferire con la capacità della persona di valutare ed acconsentire al percorso affermativo di genere. Lo psicologo o psicoterapeuta deve essere in grado di lavorare sia sull'individualità della persona che sul contesto esterno, con il fine di costruire un senso positivo di appartenenza di genere (Benestad, 2010). Questo tramite un approccio interdisciplinare e la condivisione di informazioni aggiornate, chiare e complete riguardo le opzioni di trattamento ed i rispettivi rischi, al fine di delineare un percorso basato sui bisogni primari di ogni singolo paziente. È importante che lo professionista approfondisca la storia di vita dell'3 pazienti, insieme ad eventuali esperienze traumatiche o discriminatorie, ed i possibili effetti sulla sua salute mentale. Lo operatore deve essere in grado di fornire gli strumenti necessari e guidare la persona sia a livello individuale che sociale, focalizzandosi sui suoi punti di forza, collaborando con altre persone specializzate, proponendo gruppi di sostegno o informativi, ed incoraggiando la creazione ed il mantenimento di sistemi di supporto sociale, con l'obiettivo globale di promuovere un senso positivo e coerente di sé (Benestad, 2010). L'obiettivo terapeutico generale è quello di aiutare le persone *transgender* e gender diverse ad ottenere dei benefici a lungo termine dalla propria espressione di genere, all'interno del contesto di appartenenza, nei rapporti

interpersonali, in ambito scolastico e lavorativo (Crapanzano et al., 2021; Graglia, 2022). Le terapie “riparative” o “di conversione” sono fortemente sconsigliate e considerate non etiche. È infatti ampiamente riconosciuto che il percorso affermativo di genere è correlato ad un decisivo miglioramento delle condizioni di salute mentale nelle persone *transgender* e gender diverse che manifestano la volontà di intraprenderlo (Coleman et al., 2022).

Il percorso medico di affermazione comprende diverse procedure, reversibili o irreversibili, che hanno l’obiettivo di allineare le proprie caratteristiche fisiche con l’identità di genere della persona. Per quanto riguarda i minori, le linee guida della WPATH (Coleman et al., 2022) raccomandano l’inizio della terapia a partire dal secondo stadio dello sviluppo di Tanner, con l’inclusione attiva di genitori o caregivers, solo nel caso in cui la disforia di genere sia marcata e persistente nel tempo, con un trattamento di soppressione della pubertà (PS). Questo tipo di terapia, di natura reversibile, consiste nella somministrazione di agonisti dell’ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRhH), con l’intento di ritardare lo sviluppo di caratteristiche sessuali corrispondenti al sesso assegnato alla nascita. I livelli ormonali devono essere tenuti sotto controllo ciclicamente ed il percorso terapeutico deve essere monitorato da un’equipe multidisciplinare. Tra gli *outcomes* positivi della terapia di soppressione puberale emerge una netta riduzione dei livelli di ideazione suicidaria durante la vita negli adolescenti ai quali viene somministrata, rispetto a quelli che la desiderano ma ai quali non è stata somministrata, oltre che ad un miglioramento della salute mentale globale (Turban et al., 2020). Inoltre, permette di esplorare la propria identità di genere senza mettere in atto azioni irreversibili. Nel caso in cui sia espresso il desiderio

di continuare il proprio percorso di affermazione di genere, è poi possibile introdurre la terapia ormonale, con il fine di sviluppare caratteristiche sessuali secondarie. Essendo una terapia parzialmente reversibile, è fondamentale il ruolo dell3 professionist3 sanitari3 nel guidare ed educare la persona rispetto a tutte le sfumature correlate a questa decisione (Stonk et al., 2023). Negli adulti, la terapia ormonale (*Gender Affirming Hormonal Therapy*, GAHT) può essere, tipicamente: femminilizzante, che consiste nell'assunzione di estrogeni e di un farmaco inibitore degli androgeni, o mascolinizzante, che consiste nell'assunzione di testosterone (Hembree et al., 2017). Nella maggior parte dei casi, la GAHT viene mantenuta per tutta la vita. L'assunzione di ormoni porta con sé numerosi effetti collaterali, motivo per il quale sia la WPATH che la Società Endocrinologica raccomandano il monitoraggio ciclico dei livelli degli ormoni sessuali (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). Nel caso in cui l'individuo lo ritenga necessario, il percorso può includere anche degli interventi chirurgici di affermazione di genere (*Gender Affirming Surgery*, GAS). Per quanto riguarda le persone AMAB, le opzioni possibili riguardano gli interventi di femminilizzazione del viso (compresi quelli sulle corde vocali), mastoplastica, procedure di rimodellamento corporeo, orchietomia, vaginoplastica, e procedure di estetica. Nel caso delle persone AFAB, gli interventi includono la mascolinizzazione del viso, mastectomia, l'isterectomia, falloplastica, procedure di rimodellamento corporeo ed ulteriori procedure estetiche. Partendo dalle indicazioni e tempistiche correlate alla terapia ormonale, risulta fondamentale, in questa fase, la collaborazione dell3 chirurgh3 con l3 paziente, l'endocrinologh3 e tutta l'equipe, per poter mettere in atto un processo decisionale condiviso. Questo deve tenere

conto degli obiettivi e delle aspettative della paziente, comunicando tutte le opzioni chirurgiche possibili ed i relativi rischi e benefici, e includere un piano di assistenza per le cure post-operatorie, essenziali per ottimizzare i risultati (Coleman et al., 2022).

La letteratura supporta gli effetti benefici della terapia ormonale e delle chirurgie affermative nelle persone TGD. In individui AFAB, gli interventi affermativi sono correlati ad un aumento diretto della qualità della vita correlata alla salute, ad una significativa diminuzione della disforia di genere e un aumento della soddisfazione per il proprio corpo e aspetto, con tassi di rimpianto che variano dallo 0 al 4% (Coleman et al., 2022). Anche in individui AFAB, è stato riscontrato un miglioramento dei livelli di depressione e ansia a seguito degli interventi di affermativi di genere (Owen-Smith et al., 2018). Tuttavia, l'accesso alle procedure chirurgiche varia in base al paese e alla legislatura di riferimento e sono svariati i contesti nei quali è necessaria un'autorizzazione del tribunale per gli interventi di natura affermativa. Il percorso di affermazione, è, infatti, inevitabilmente dipendente dal contesto sociale e legale all'interno del quale viene messo in atto. Fino a poco tempo fa, in Italia era necessario aver eseguito un intervento chirurgico di tipo affermativo per poter ottenere la rettifica anagrafica. La modifica del nome anagrafico rappresenta una parte del processo di transizione sociale e legale, insieme ad ulteriori azioni messe in atto dall'individuo finalizzate a modificare la propria identità di genere a livello sociale, o il suo ruolo di genere. Questo può essere fatto, ad esempio, anche tramite l'utilizzo di pronomi, di un abbigliamento ed un aspetto affini al genere percepito.

In questo paragrafo è stato descritto il percorso affermativo di genere in tutte le sue sfumature considerando le linee guida maggiormente riconosciute a livello internazionale (WPATH, Coleman et al., 2022) insieme ad aspetti sociali e culturali. È evidente che tappe, tempistiche e modalità del percorso, sia a livello medico che sociale, sono fortemente variabili in base al contesto sociale, legale e culturale all'interno del quale la persona decide di intraprenderlo.

1.2 Infertilità e procedure di preservazione della fertilità

La capacità riproduttiva di un individuo è determinata dalla sua dotazione gametica alla nascita e da quella dell'3 partner per cui prova attrazione sessuale. La scelta di intraprendere un percorso di affermazione di genere può avere conseguenze significative sulla fertilità della persona. Questo paragrafo si propone di descrivere il modo in cui trattamenti ormonali e procedure chirurgiche affermative possono limitare le opzioni riproduttive future in misura variabile con esiti reversibili, parzialmente reversibili o irreversibili, e di presentare le opzioni di preservazione della fertilità attualmente disponibili o in fase sperimentale.

Come descritto precedentemente, nelle persone AFAB la terapia ormonale affermativa consiste nell'uso del testosterone con un obiettivo mascolinizante. La maturazione degli ovociti avviene grazie al rilascio degli ormoni follicolo-stimolante (FSH) e luteinizzante (LH). Il testosterone induce la soppressione ipotalamico-ipofisaria-gonadica, ma non inibisce totalmente FSH ed LH, di conseguenza, è possibile che gli ovociti maturino anche durante il trattamento con testosterone (Taub et al., 2020; Wierckx et al., 2014). Nell'3 adolescenti

transgender AFAB, la somministrazione di agonisti dell'ormone di rilascio della gonadotropina (GnRH) nella terapia di soppressione puberale (PS) può avere un impatto sulla maturazione dei gameti, ma non causa danni permanenti alle funzioni delle gonadi. In adolescenti trattati con PS, se la somministrazione viene interrotta, le ovaie tendono a riprendere un normale funzionamento (Coleman et al., 2022). Per quanto riguarda invece la terapia ormonale a lungo termine negli adulti, non esistono, attualmente, dati esatti, ma solo alcuni lavori di ricerca che hanno approfondito l'effetto del testosterone sulle funzioni riproduttive di individui AFAB di genere maschile. Da queste ricerche emerge che, se la terapia ormonale mascolinizante viene interrotta, gli ovociti non perdono completamente le loro funzioni, si tratta tuttavia di soli studi retrospettivi (Moravek et al., 2020; Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019). Tra le possibili strade perseguibili dalle persone AFAB che desiderano avere una prole biologica, troviamo la criopreservazione degli ovociti o degli embrioni. Queste tecniche permettono di preservare la fertilità di chi desidera intraprendere un percorso affermativo. La conservazione degli ovociti può essere messa in atto anche in seguito all'inizio della terapia ormonale, interrompendo temporaneamente la somministrazione di testosterone (Coleman et al., 2022). Le persone AFAB adulte possono optare anche per la criopreservazione degli embrioni, nel caso in cui sia presente un partner o un donatore di sperma. Un'altra opzione per le persone AFAB è quella di conservare le proprie capacità riproduttive e di concepire naturalmente un figlio. Non sembrano infatti esserci evidenze in letteratura rispetto ad eventuali differenze in relazione tra l'uso pregresso di testosterone rispetto alla gravidanza, al parto e ad anomalie nello sviluppo del bambino (Hahn et al., 2019; Hassan et al., 2022).

La criopreservazione del tessuto ovarico, un trattamento non più considerato sperimentale dagli Stati Uniti dal 2019, rappresenta un'opzione per preservare la propria fertilità nell'3 adolescenti AFAB. Un vantaggio di questo metodo è che la terapia con testosterone non deve essere interrotta, e la rimozione del tessuto ovarico può essere effettuata al momento dell'intervento chirurgico affermativo, nel caso in cui sia richiesto. Le chirurgie affermative di genere, come la penectomia e l'orchietomia nelle persone AMAB o l'isterectomia nelle persone AFAB, portano irreversibilmente alla sterilità (Mattelin et al., 2022).

In merito alla possibilità di preservazione della fertilità negli adulti AMAB, l'opzione più semplice e meno costosa è la criopreservazione di un campione di sperma. In questo caso, le Linee guida internazionali suggeriscono, qualora fosse possibile, di mettere in atto le opzioni di criopreservazione del liquido seminale prima dell'inizio della GAHT (Stolk et al., 2023). L'interruzione momentanea del trattamento con estrogeni e inibitori degli androgeni sembra essere correlata ad un aumento delle concentrazioni di testosterone, che favorisce il ripristino della spermatogenesi. Tuttavia, gli studi che analizzano gli esiti della criopreservazione messa in atto a seguito di interruzione di un trattamento ormonale sono limitati e riportano alcuni effetti collaterali in associazione ad altri fattori di rischio, tra i quali una possibile diminuzione del volume testicolare o un impatto negativo sulla qualità dello sperma, in aggiunta alle poche informazioni relative alle tempistiche di ripristino della spermatogenesi stessa (Adeleye et al., 2019; Matoso et al., 2018). Per quanto concerne l'3 adolescenti AMAB, la somministrazione di GnRH, con il fine di ritardare lo sviluppo di caratteristiche sessuali maschili, inibisce totalmente la

spermatogenesi. Come nel caso dell'3 adolescenti AFAB, è riconosciuto che questa possa riprendere a seguito dell'interruzione della terapia (Coleman et al., 2022). Tuttavia, nel caso in cui la terapia di soppressione della pubertà (PS) venga intrapresa già dal secondo stadio dello sviluppo di Tanner e venga mantenuta, è possibile che la spermatogenesi non venga mai raggiunta. In questi casi, un'opzione possibile è la crioconservazione delle cellule staminali spermatogoniali (SSC) del tessuto testicolare, procedimento attualmente studiato in pazienti oncologici in età prepuberale, ma ancora in fase sperimentale.

Le persone *transgender* e gender diverse che decidono di preservare i propri gameti, siano esse AFAB o AMAB, possono necessitare di assistenza medica e procedure di procreazione medicalmente assistita (PMA) nel caso in cui desiderino intraprendere un percorso di genitorialità biologica. Queste procedure comprendono tecniche di manipolazione di ovociti, spermatozoi o embrioni con il fine del concepimento, in persone e coppie che per svariati motivi presentano una compromissione della fertilità o sterilità. Le procedure possono includere l'inseminazione intrauterina (IUI), nella quale gli spermatozoi vengono inseriti direttamente in cavità uterina, al fine di favorire l'incontro con gli ovociti, o la fecondazione in vitro (IVF). Nel secondo caso, i gameti vengono uniti in laboratorio artificialmente e, una volta che l'embrione viene formato, viene poi trasferito nell'utero. La IVF implica il prelievo di ovociti e quindi la stimolazione ovarica, processo lungo e costoso e che in persone AFAB può portare ad un forte stress psicologico (Armund et al., 2017; Chen et al., 2017). I percorsi riproduttivi in persone TGD possono anche includere l'utilizzo di donatori di ovociti o di sperma, o la maternità surrogata (Stonk et al., 2023).

È fondamentale fornire un supporto medico e psicologico durante tutto il percorso decisionale di affermazione di genere di ciascun individuo, che sia in grado di offrire un quadro chiaro al paziente (e, se adolescente, anche alla famiglia/caregiver) delle conseguenze dei trattamenti sulla propria capacità riproduttiva e di informare su tutte le possibilità disponibili di preservazione della fertilità.

1.3 Il contesto italiano e portoghese

Il percorso di affermazione di genere non segue necessariamente tappe obbligatorie e standardizzate. Partendo dalla volontà e dalle preferenze della persona, il contesto socio-culturale all'interno del quale viene intrapreso svolge un ruolo determinante nella definizione delle tappe di questo percorso e nel modo in cui viene vissuto. All'interno di questo paragrafo si cercherà di fornire una panoramica delle caratteristiche del percorso di affermazione di genere e delle possibilità di genitorialità per le persone TGD in Italia e in Portogallo, per poi mettere in luce le differenze maggiormente significative tra le due realtà.

1.3.1 Italia

In Italia il percorso di affermazione di genere è regolamentato dallo Stato dalla Legge 164 del 1982, intitolata "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso". In linea con quanto definito in questa legge, l'accesso al riconoscimento legale di genere, quindi alle procedure di rettifica anagrafica, è permesso solo a persone che hanno messo in atto chirurgie di "modificazione dei caratteri sessuali" (L. 164/82, Art.1). Nel luglio del 2015 è stato fatto un passo

avanti, quando la Corte di cassazione ha stabilito, tramite la Sentenza n°15138, che l'intervento chirurgico di riattribuzione sessuale non deve essere considerato un prerequisito per poter richiedere la rettifica degli atti anagrafici, decisione confermata poi dalla Corte costituzionale con la Sentenza n° 221 del 2015. In linea con quanto ampiamente descritto nel capitolo primo, è importante considerare che non tutte le persone che intraprendono un percorso affermativo di genere desiderano intervenire anche con procedure chirurgiche, e che per alcune una condizione di benessere viene raggiunta anche scegliendo di mettere in atto solo alcune di queste (Crapanzano et al., 2021).

La rettifica anagrafica permette alla persona di mettere in atto un'azione di affermazione legale dell'identità utilizzata a livello sociale. In Italia, le opzioni tra le quali si può scegliere attualmente esistenti sono due, maschio o femmina, non esiste quindi un'opzione non binaria. L'iter prevede che la richiedente faccia domanda al Tribunale di residenza e che presenti, insieme alla richiesta, una relazione psicologica, psichiatrica ed endocrinologica che attestano l'avvenuto percorso di affermazione di genere (Graglia, 2022). La richiesta viene successivamente esaminata dal giudice, il quale detiene l'autorità per decidere in merito al riconoscimento del nuovo profilo anagrafico.

Relativamente al percorso affermativo di genere medico e psicologico, non esistono tappe prestabilite nel contesto italiano, ma si utilizzano, generalmente, come riferimento le Linee guida proposte dell'ONIG (Osservatorio nazionale sull'identità di genere). I centri nazionali specializzati per la transizione di genere adottano tipicamente un approccio multidisciplinare, coinvolgendo persone qualificate quali lo psichiatra, psicologo, endocrinologo e chirurgo. La procedura

comprende, inizialmente, una valutazione accurata da parte da parte dell3 professionist3 e, se i criteri vengono soddisfatti, una diagnosi di Disforia di genere. Infatti, per poter intraprendere il percorso ormonale di affermazione di genere, in Italia è necessaria una diagnosi da parte dell3 psichiatra, insieme ad una certificazione dell'assenza di incompatibilità psicopatologica ad avviare una terapia ormonale. Congiuntamente, la persona accede alla cosiddetta "esperienza di vita reale" (*Real Life experience*, RLE). In questa fase, viene chiesto alla persona di vivere stabilmente il proprio genere e di adattarsi dal punto di vista sociale per un periodo prestabilito, accompagnat3, preferibilmente, da un percorso di psicoterapia. Se durante questo periodo non vengono diagnosticate condizioni psicopatologiche concomitanti e la persona sperimenta una condizione di benessere, può ottenere il cambio anagrafico dei documenti e accedere agli interventi chirurgici di riassegnazione sessuale, se precedentemente richiesto. Le chirurgie affermative di genere in Italia sono anch'esse regolamentate dalla Legge 182 del 2015: secondo l'articolo n°3 della medesima, qualsiasi intervento chirurgico o cambiamento fisico di tipo affermativo deve essere autorizzato dal tribunale tramite sentenza (Legge 182, Art. 3, 2015). Il trattamento chirurgico può essere intrapreso da persone che abbiano compiuto la maggiore età e con l'autorizzazione del tribunale di residenza. Qualora la persona richiedente fosse minorenne, è necessario il consenso di entrambi i genitori o caregivers ed il coinvolgimento di questi ultimi in tutti i passaggi del percorso affermativo.

Nel caso in cui una persona *transgender* abbia intenzione di diventare genitore, in Italia le possibilità risultano essere limitate. Dal punto di vista legale, solo dal

2015 le persone *transgender* ha la possibilità di diventare genitore a seguito del percorso affermativo, con l'abolizione dell'obbligo di sterilità per poter ottenere l'affermazione legale, motivo per il quale la maggior parte dei genitori nel nostro paese sono tali avendo procreato prima della transizione. Sembra che in Italia pregiudizi culturali, arretratezza nei protocolli medici ed ostacoli normativi limitino la possibilità di espressione della genitorialità biologica delle persone *transgender* post transizione (Botteghi e Romanella, 2022). Oltre al rapporto sessuale, l'unica azione attuabile per le persone TGD che desiderano, un giorno, intraprendere un percorso di genitorialità risulta essere la criopreservazione. Tuttavia, nonostante i gameti possano essere conservati, l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) in Italia è consentito solo alle coppie eterosessuali, coniugate o conviventi, in cui entrambe le persone si trovino in un'età potenzialmente fertile. In particolare, la gestazione per altri, modalità tramite la quale una persona terza può portare avanti una gravidanza per conto di altri³, è vietata (Legge n° 40, 2004). Pertanto, chi desidera utilizzare i propri gameti ha la possibilità di farlo all'estero, nei paesi in cui è consentito. L'adozione rimane un'opzione esistente, ma nella realtà difficilmente realizzabile per coppie che si discostano dai criteri eterocisnormativi (Brown e Rogers, 2020).

Per quanto riguarda i costi del percorso medico affermativo, la legge italiana prevede che tutti i presidi utili nell'ambito del percorso di adeguamento dei caratteri sessuali primari e secondari siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), limitatamente alle persone diagnosticate con diagnosi certificata di disforia/incongruenza di genere (Crapanzano et al., 2021). La criopreservazione dei gameti ha costi variabili: le analisi del liquido seminale e la

conservazione degli spermatozoi per il primo anno hanno un costo di circa 500 euro, mentre per gli ovuli varia in base a diversi fattori, come il numero degli ovociti e la durata del periodo di conservazione, con un costo medio che va dai 2400 ed i 2500 euro. Entrambi i casi prevedono in generale un periodo di conservazione tra uno e quattro anni, dopo il quale si richiede un ulteriore pagamento annuale (Botteghi e Romanella, 2022).

1.3.2 Portogallo

All'interno del contesto portoghese, la prima legge a regolamentare il processo di transizione da un punto di vista legale risale al 2011. Prima di questa legge, il riconoscimento dell'identità di genere poteva essere ottenuto solo tramite un procedimento giudiziario, e prevedeva, tra i vari requisiti, che la persona avesse già subito un intervento chirurgico di riassegnazione sessuale al momento della richiesta. A partire da quanto descritto nella *Lei* N°7/2011, le persone di nazionalità portoghese, maggiorenni e con documentazione attestante una diagnosi di disforia di genere hanno il diritto di richiedere una modificazione del sesso nel registro civile e del nome proprio. Secondo la legge, la richiesta doveva essere presentata al registro civile ed approvata o rifiutata entro 8 giorni. Il modello medico-diagnostico viene ufficialmente oltrepassato nell'ambito legale quando, con la *Lei* n°38/2018, viene garantito il diritto all'autodeterminazione dell'identità e dell'espressione di genere alle persone con un'età superiore ai 16 anni, insieme al diritto alla protezione delle caratteristiche sessuali di ciascuna persona. Con questa legge, la sfera medica e quella legale vengono separate, permettendo alla persona di affermare la propria identità di genere anche a livello legale senza la necessità di una diagnosi clinico-diagnostica. Attualmente, la

procedura prevede come unici requisiti per poter richiedere il riconoscimento legale della propria identità di genere: essere un'è cittadina portoghese, avere un'età maggiore ai 16 anni e non presentare psicopatologie. Nel caso delle persone maggiorenni, viene riconosciuta un'autodeterminazione totale, nel caso dei minorenni, è necessaria l'autorizzazione di entrambi i genitori. Si tratta sempre di un procedimento di tipo amministrativo, e le tempistiche degli otto giorni sono state mantenute. Un importante cambiamento riguarda l'introduzione del diritto all'utilizzo del nome sociale che sia congruente alla propria identità di genere. Secondo l'articolo n° 3 della *Lei* n. 38/2018, il nome sociale può essere utilizzato sia nei documenti ufficiali che in tutti i contesti di vita della persona, inclusa la scuola o il lavoro. La richiesta di utilizzo del nome sociale può essere presentata direttamente dalla persona interessata o dai suoi rappresentanti legali, senza alcun limite di età specificato (Rede ex æquo, 2023).

Per quanto riguarda la transizione medica, il modello diagnostico permane. Per poter richiedere l'accesso alla terapia ormonale di affermazione di genere è necessario essere indirizzati o rivolgersi autonomamente ad un reparto o servizio di sessuologia clinica, dove viene svolta una visita sessuologica e fornito un accompagnamento psicologico. L'inizio dell'iter, anche in Portogallo, prevede la presenza di una diagnosi medica di disforia di genere, emessa da un'equipe multidisciplinare che deve comprendere almeno un'è medico psichiatra ed un'è psicolog'è. Una volta ottenuta la diagnosi, l'individuo può accedere alla terapia ormonale, accompagnato da un'è endocrinolog'è. Dopo sei mesi di GAHT, la persona può richiedere l'accesso alla terapia chirurgica affermativa, se lo desidera. Un requisito fondamentale, in questa fase, risulta essere una seconda

valutazione da parte di un'ulteriore equipe multidisciplinare indipendente, che ha come obiettivo quello di assicurarsi che i sintomi della disforia di genere siano ancora presenti. In caso positivo, la persona viene indirizzata ad un professionista di chirurgia plastica, con il fine di pianificare i trattamenti desiderati.

Per quanto riguarda le strade verso la genitorialità in persone *transgender* e *gender diverse*, il Portogallo ha fatto diversi passi avanti nell'ultimo ventennio (de Oliveira Rodrigues, 2022). La legislatura, fino al 2011, prevedeva che per poter accedere al processo di affermazione di genere da un punto di vista legale, la persona dovesse essere sterile, essersi sottoposta a trattamenti ormonali o chirurgia per poter modificare in modo irreversibile i propri caratteri sessuali, essere incapace di procreare, aver vissuto almeno un anno con il ruolo sociale relativo al sesso desiderato, e non avere figli (ILGA Portugal, 2008). Considerando che il diritto alla genitorialità era strettamente legato al sesso indicato nell'atto di nascita, un passo significativo è stato compiuto con l'approvazione della legge 38/2018, grazie alla quale il sesso biologico non più necessariamente corrispondente a quello legale (de Oliveira Rodrigues, 2022). Attualmente, le Linee guida nazionali dell'associazione *Rede ex æquo* (2023) consigliano, in accordo con le Linee guida internazionali della WPATH, un counseling sulla fertilità prima di intraprendere la terapia ormonale, nel quale vengono discusse aspettative, desideri e volontà della persona rispetto al proprio futuro, e alla possibilità di avere una prole biologicamente correlata o meno (Rede ex æquo, 2023; Coleman et al., 2022). All'interno del colloquio vengono poi presentate tutte le opzioni perseguibili, che nel caso del Portogallo, risultano essere, attualmente: la procreazione senza ricorso a metodi di procreazione

assistita, la criopreservazione dei gameti, la procreazione con ricorso a PMA e l'adozione.

1.3.3 Italia e Portogallo a confronto

Dall'analisi dei percorsi di affermazione di genere e delle opzioni di genitorialità disponibili nei contesti italiano e portoghese, emergono numerose differenze. Queste verranno descritte nella seguente sezione, insieme a punti di convergenza e limitazioni presenti in entrambi i contesti, al fine di offrire una panoramica più chiara ed esaustiva.

Il modello diagnostico risulta essere caratterizzante del contesto italiano. La diagnosi di DG è infatti un requisito necessario per poter ottenere modificazioni del proprio genere, a livello medico e legale. D'altra parte, il Portogallo, dal 2018, grazie al diritto all'autodeterminazione, si apre al Modello del Consenso informato (*Informed Consent, IC*), separando i procedimenti legali da quelli medici, e riconoscendo il diritto della persona alla definizione ed espressione del proprio genere a livello legale, senza doversi sottoporre ad un giudizio esterno. Se, quindi, da un lato, in Portogallo la richiesta di rettifica anagrafica può essere richiesta da qualsiasi persona lo desideri tramite una procedura di tipo amministrativo, in Italia implica un processo di tipo giudiziario, nel quale il riconoscimento del nuovo profilo anagrafico rimane a discrezione del giudice. Questo, di norma, richiede che l'equipe espliciti all'interno della relazione clinica l'irreversibilità o parziale reversibilità dei cambiamenti indotti delle terapie ormonali, la durata, e che queste siano state somministrate generalmente per almeno un anno prima della richiesta. Inoltre, la richiesta deve essere presentata

al tribunale prima di eventuali interventi chirurgici di riassegnazione sessuale e solo dopo almeno 12 mesi di esperienza di vita reale (RLE). In entrambi i contesti italiano e portoghese, permane, a livello legale, un concetto di identità di genere esclusivamente binario. L'identità di genere non binaria non è ancora una possibilità concreta di scelta: nel momento in cui si sceglie di intraprendere l'affermazione a livello legale, le opzioni risultano essere "maschile" o "femminile". Nonostante questo, in Portogallo, dal 2018, il sesso genitale non corrisponde più necessariamente a quello legale (de Oliveira Rodrigues, 2022) e il concetto di genere diverso dal sesso assegnato alla nascita viene finalmente introdotto in ambito legale.

In merito alla terapia ormonale, entrambi i paesi richiedono una diagnosi di disforia di genere perché questa possa essere intrapresa. Nel caso in cui la persona desideri, in seguito, sottoporsi ad interventi chirurgici affermativi, in Italia è necessaria la sentenza di un giudice ed un test di vita reale, mentre in Portogallo è necessaria una seconda diagnosi di DG. Entrambi i procedimenti, in modi diversi, risultano essere incompatibili con le linee guida internazionali della WPATH, che sostengono, per quanto riguarda il contesto portoghese, che nel momento in cui la diagnosi sia considerata un requisito, questa debba essere solo una, e di incongruenza di genere (come descritto all'interno dell'ICD-10), e per quanto riguarda il contesto italiano, il requisito della *Real life experience* (RLE) è stato definitivamente rimosso nel 2022 dalle linee guida internazionali, sia in relazione all'accesso al percorso ormonale, che a quello chirurgico (Crapanzano et al., 2021). Secondo un modello orientato al consenso informato, il percorso decisionale dovrebbe essere di tipo supportivo ed informativo rispetto

alle opzioni possibili ed ai rischi, e il processo decisionale di tipo collaborativo (Coleman et al., 2022). In entrambi i contesti sia italiano che portoghese, sono presenti diversi elementi dell'iter incompatibili con il diritto decisionale della persona, a supporto di un modello diagnostico, definito di "*gatekeeping*".

I due contesti si discostano nettamente per quanto riguarda invece le tempistiche previste dalla legge riguardanti il riconoscimento legale. In Italia, la richiesta di rettifica anagrafica può essere presentata solo a seguito che la terapia ormonale è già avviata, e, considerando anche le modalità di accesso a quest'ultima e le tempistiche giudiziarie, potrebbe in totale necessitare di alcuni anni. In portogallo, il limite è di 8 giorni lavorativi dal momento di presentazione della domanda.

Rispetto alla genitorialità TGD, in nessuno dei due paesi esiste un riconoscimento legale, ovvero la possibilità di utilizzare il genere di elezione dell' genitore *transgender* nell'atto di nascita dell' figlio. È possibile accedere, in entrambi i casi, alle procedure di criopreservazione a pagamento, ma solo in Portogallo alle tecniche di PMA. Così come l'identità di genere, anche la genitorialità, a livello legale, è concepita sia in Italia che in Portogallo in modo esclusivamente binario e cisnormativo: una persona può infatti essere identificata solo come "padre" (esclusivamente se uomo cis) o "madre" (esclusivamente se donna cis). I costi del percorso affermativo sembrano essere simili: in entrambi i paesi le procedure affermative di genere sono coperte dai servizi sanitari pubblici, solo per le persone con diagnosi di DG, e i costi per la conservazione di ovuli o liquido seminale sono analoghi. Un ulteriore aspetto in comune alle due realtà riguarda la possibilità del riconoscimento legale di genere dei minori di 18 anni, anche se con procedure e tempistiche differenti. In Italia la legge non esplicita un'età

minima, tuttavia, è consigliato attendere i 15-16 anni, momento in cui si ipotizza lo sviluppo della capacità di autodeterminazione, per presentare la richiesta di rettifica anagrafica e ad eventuali procedimenti chirurgici. Il ruolo ed il consenso dei genitori risultano essere fondamentali: chi esercita la responsabilità genitoriale deve essere capace di valorizzare la volontà e l'autodeterminazione della persona *transgender* minore, davanti al Giudice (Parigiani, 2024). Nonostante questo, è difficile, considerando la natura dei requisiti necessari e il loro legame con le procedure mediche, che il minore ottenga l'autorizzazione prima dei 18 anni. In Portogallo, a partire dal 2018, i giovani transgender tra i 16 e i 18 anni hanno diritto ad un'autodeterminazione parziale, ovvero possono accedere agli stessi procedimenti dei maggiorenni, con previo consenso di entrambi i genitori, ma con la necessità aggiuntiva di un certificato medico che attesti la totale capacità decisionale e consenso informato del/della paziente (*Rede ex æquo*, 2023).

In Portogallo, la *Lei n° 38/2018* introduce, inoltre, il diritto all'utilizzo del nome sociale per 13 richiedenti con cittadinanza portoghese e con un'età maggiore ai 16 anni. Il riconoscimento del proprio nome contribuisce al benessere della persona e permette di presentarsi al mondo com'è, anche nel caso in cui il nome proprio ed il genere non siano stati alterati nel registro civile (*Rede ex æquo*, 2023). Con la medesima legge, dal 2018, è inoltre garantita legalmente la protezione delle caratteristiche sessuali di ciascuna persona, con il fine di proibire la realizzazione di procedimenti medici e non necessari ai neonati intersex (*Rede ex æquo*, 2023), aspetto non considerato all'interno del contesto legislativo italiano.

In merito al riconoscimento e ai diritti delle persone *transgender*, i dati raccolti a livello europeo riflettono una differenza significativa tra Italia e Portogallo. L'associazione *Transgender Europe* (TGEU) elabora ogni anno un *report* sui diritti delle persone TGD in Europa e in Asia Centrale. Questo indice si basa sull'analisi di diversi indicatori del grado in cui le persone trans sono protette in diverse aree di vita, tra i quali: aspetti inerenti al riconoscimento e supporto legale ai procedimenti affermativi di genere, asilo e supporto, crimini d'odio e discorsi d'odio nei confronti delle persone *transgender*, tutela e non discriminazione nei contesti educativi, lavorativi e di vita della persona, genitorialità e diritto alla salute. I dati relativi al 2023 mostrano che l'Italia soddisfa 8 indicatori su 30 nell'indice generale, mentre il Portogallo 17 su 30 (TGEU, 2024). Secondo il *report*, l'Italia si classifica come 35^a e il Portogallo 9° su 49 paesi europei, rispetto ai diritti LGBTQ+. Per creare questa classifica, sono state considerate leggi e politiche esistenti nei diversi paesi europei, utilizzando 74 criteri, suddivisi in sette categorie tematiche: uguaglianza e non discriminazione, famiglia, crimini d'odio e discorsi d'odio, riconoscimento legale del genere, integrità corporea intersex, spazio all'interno della società e asilo (ILGA Europe, 2024). Tra le persone LGBTQ+ appartenenti all'Unione Europea, le persone *transgender* risultano essere il gruppo che riporta i tassi più elevati di violenza, molestie e discriminazione (*European Union Agency for Fundamental Rights*, FRA, 2019). Tipicamente, student3 *transgender e gender diverse* in Europa riportano livelli più alti di violenza e molestie rispetto a chi si identifica come LGB (*Lesbian, Gay and Bisexual*), ma cisgender, ed è ampiamente riconosciuto che le persone LGBTQ+ affrontano numerose discriminazioni durante la ricerca di un impiego e all'interno

dell'ambiente lavorativo. Sia in Italia che Portogallo non esistono norme ufficiali che regolamentino gli aspetti riguardanti la salute delle persone *transgender*.

Nello scenario italiano la violenza transfobica ha raggiunto livelli allarmanti, arrivando a ricoprire la seconda posizione tra i paesi europei per numero di omicidi di persone *transgender*, secondo i dati riportati dai rapporti annuali elaborati dalla TGEU dal 2015 al 2024. Nonostante ciò, non esistono attualmente in Italia norme che tutelano le minoranze di genere e sessuali nei contesti scolastico e lavorativo (FRA, 2019). L'unica eccezione riguarda il decreto legislativo n°216 del 2003, che vieta le discriminazioni in ambito lavorativo basate sull'orientamento sessuale, che non cita, tuttavia, specificatamente l'identità di genere. Nonostante il Parlamento europeo abbia ripetutamente esortato l'Italia, sin dal 2006, a adottare misure volte a colmare questa ed altre lacune legislative presenti nel decreto, l'ultimo tentativo, rappresentato dal disegno di legge Zan nel 2021, è risultato fallimentare. Nel mentre, diverse regioni italiane hanno incluso l'identità di genere all'interno di misure antidiscriminatorie, che però, non essendo atti vincolanti, hanno un'efficacia limitata. Il principio costituzionale di uguaglianza garantisce che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali" (art. 3, comma 1, Costituzione Italiana), ma, anche in questo caso, non esiste nessun riferimento esplicito all'identità di genere.

Diversamente dall'Italia, il Portogallo garantisce a livello legale la non discriminazione della persona sulla base del sesso, dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere sia nel contesto lavorativo (*Lei* n°7/2009) che in quello

scolare (*Lei* n° 51/2012). Il contesto portoghese include anche all'interno del Codice penale le azioni di odio basate sull'identità di genere e sull'orientamento sessuale (*Decreto-Lei* n.° 48/95, 1995). Dal 2018, anche il principio di uguaglianza, contenuto all'interno della Costituzione portoghese, è stato integrato con un principio di non discriminazione sulla base non più solo di sesso ed orientamento sessuale, ma anche di identità personale. Nonostante il supporto a livello legale e strutturale, persistono all'interno del contesto portoghese evidenze di discriminazione sociale. Le persone TGD sono infatti quotidianamente esposte a molteplici forme di violenza e discriminazione, in contesti diversi della loro vita, come la famiglia, le relazioni intime, la scuola, l'assistenza medica e il lavoro (Hilário e Marques, 2019; Neves et al., 2023).

L'insieme dei dati riportati in questo paragrafo permette di concludere che il Portogallo sembra, negli ultimi anni, aver adottato politiche più inclusive ed in linea con le linee guida internazionali rispetto all'Italia, maggiormente legata a principi medico-diagnostici e di *gatekeeping*, e con evidenti lacune legislative nella tutela dei diritti della comunità LGBTQ+. La combinazione di tutti questi elementi strutturali e legislativi gioca un ruolo fondamentale nel plasmare l'esperienza di vita delle persone TGD.

2. Desiderio di genitorialità in persone *Transgender* e *Gender Diverse*

Secondo una recente revisione della letteratura (Stonk et al., 2023) che ha incluso un ampio corpus di lavori di ricerca dell'ultimo decennio, la maggior parte delle persone *transgender* e *gender-diverse* esprime il desiderio di avere dei figli. Tuttavia, fino a poco tempo fa, la decisione di intraprendere un percorso di affermazione di genere equivaleva a perdere il proprio potenziale riproduttivo, motivo per il quale molte persone TGD optavano per avere figli prima dell'inizio del percorso di transizione (Ethics Committee of the American Society for Reproductive medicine, ASRM, 2015). Esistono, attualmente, numerose strade perseguibili per le persone *transgender*, che possono essere raggiunte con o senza interventi medici, che vanno dalla genitorialità biologica alle adozioni. Tuttavia, in relazione alle caratteristiche biologiche degli individui e dell3 loro partner, alle modalità scelte, e al contesto, alcune di queste possono rivelarsi molto costose a livello finanziario e psicologico (Tornello e Bos, 2019). Inoltre, nonostante le diverse possibilità di procreazione attualmente esistenti, le persone che si discostano dai criteri eterocisnormativi sono ancora oggi fortemente discriminate ed escluse in ciò che riguarda la genitorialità e le possibilità di filiazione. Alla base di questo, tra i tanti fattori, un forte stigma e l'idea di possibili effetti negativi sulla prole.

La letteratura scientifica riguardante il desiderio di genitorialità in persone TGD è limitata, ma in evoluzione: si cercherà in questo capitolo di presentare i dati

attualmente esistenti a riguardo, e di esaminare i molteplici fattori che potrebbero influire sul desiderio e sull'esperienza di genitorialità nelle persone *transgender* e gender diverse.

2.1. Prevalenza

Secondo il comitato etico dell'*American Society for Reproductive Medicine* (ASRM, 2015), le persone *transgender* desiderano avere figli per le stesse ragioni di quelle cisgender: bisogno di intimità, accudimento, il desiderio di creare una famiglia. In una revisione della letteratura condotta da Stonk e colleghi (2023), è stato analizzato il desiderio di genitorialità in adulti e adolescenti *transgender*. In 7 diversi lavori di ricerca è stato riscontrato come la maggioranza degli adolescenti riporta il desiderio futuro di avere dei figli, con una percentuale compresa tra il 48.7% e il 67%. Una parte riferisce che avere figli biologici sia importante (9% - 35.9%), ma la maggioranza di essere più interessate all'adozione (70% - 80%) (Stonk et al., 2023). Ulteriori studi confermano che un valore compreso tra uno e due terzi degli adolescenti *transgender* esprimono il desiderio di avere dei figli in futuro (Auer et al., 2018; Baram et al., 2019; Nahata et al., 2020). Tra questi stessi individui, molti prendono in considerazione la possibilità che la loro idea riguardo il diventare genitori possa cambiare in un futuro, è infatti importante sottolineare che in giovani adulti TGD intenzioni, percezioni e modalità riguardanti la propria genitorialità possono variare a livello di intensità nel tempo (Chen et al., 2019; Strang et al., 2018). Nella medesima revisione della letteratura, il desiderio di genitorialità è stato riscontrato anche

nella maggioranza dell'3 adult'3 TGD, tramite l'analisi di svariati lavori di ricerca, quattro dei quali riportano una percentuale compresa tra il 54% e l'82%. Tra questi, solo una minoranza dei partecipanti (37% AFAB e 50% AMAB) riferisce una preferenza per una prole biologica (Alpern et al.; 2022; Morong et al., 2022; Wierckx et al., 2012; Mattelin et al., 2022). Un'altra analisi (Chiniara et al., 2019) riporta l'intenzione di genitorialità nella maggioranza delle persone TGD (66% AFAB, 67% AMAB) e l'adozione, anche in questo caso, è l'opzione favorita. Sempre in relazione alle differenti modalità, in due ulteriori lavori di ricerca (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002), la metà delle persone in esame indicava di preferire l'adozione, mentre l'altra metà avrebbe preferito avere una figlia geneticamente correlata. Uno tra i quattro studi presi in considerazione all'interno della revisione della letteratura, condotto da Alpern e colleghi (2022) ha riscontrato nel campione analizzato il desiderio di avere figli nel 67.4% delle donne e nel 61.9% degli uomini. In un'altra indagine condotta da Morong e colleghi (2022) su un campione americano, è emerso che il desiderio medio di diventare genitore tra le persone *transgender*, *gender non-conforming* e non binarie era di 59.9, su una scala da 0 a 100. In questa scala, il valore 0 indicava la dichiarazione "Non desidero avere figli", mentre il valore 100 rappresentava l'affermazione "Desidero sicuramente avere dei figli". In particolare, il 61,7% di persone AMAB e il 58,9% di AFAB riferiva la volontà di avere dei figli in futuro (Morong et al., 2022). Ulteriori studi hanno esaminato le differenze di genere rispetto alle intenzioni di genitorialità. In un ampio campione in Belgio, il 21.6% delle persone AMAB riferiva un desiderio attuale o futuro, di cui le persone attratte sessualmente dalle donne in misura minore, rispetto a quelle non attratte dal

genere femminile. In uno studio condotto in parallelo ma su individui AFAB, è stata riscontrata una percentuale di desiderio nel 39.0% dell3 partecipanti. In entrambi i lavori di ricerca, gli individui *non binary* riportavano un desiderio minore (Defreyne et al., 2019; 2020). In un lavoro di ricerca condotto da Wierckx e colleghi (2012) su un campione di uomini *transgender* che erano già stati sottoposti a terapia ormonale, è emerso un desiderio di genitorialità nel 54.0% degli individui. La maggioranza dell3 partecipanti aveva già dei figli (22.0%) e una relazione duratura al momento dell'intervista (64.0%), ed è stato riscontrato come questo non fosse un fattore influente sul grado di desiderio espresso (Wierckx et al., 2012). Questo aspetto è stato confermato anche da De Sutter e colleghi (2002), nella quale ricerca non sono state riscontrate differenze nel desiderio di diventare genitore in donne *transgender* con o senza figli. Infatti, molte persone *transgender* non escludono l'opzione di desiderare altri3 figli dopo le procedure di riassegnazione del genere (GRS) (Wierckx et al., 2012).

2.2 Ostacoli all'accesso ai percorsi di genitorialità

I dati riportati confermano che il desiderio di genitorialità nella popolazione TGD è effettivamente presente; tuttavia, nella maggior parte dei casi, il desiderio non si traduce in azioni e scelte concrete, a causa di numerosi fattori che interagiscono con questa decisione e le barriere con le quali le persone *transgender* sono tenute a confrontarsi. Sempre dalla revisione della letteratura condotta da Stonk e colleghi (2023), emerge come solo una percentuale inclusa tra il 16% e il 30% dei partecipanti sia attualmente genitore, di cui la maggior

parte lo è diventato prima del percorso di affermazione di genere. Tra queste persone, nella maggior parte dei casi, è il partner ad avere condotto la gravidanza. Morrison e colleghi (2020), riportano, tra le barriere più comuni riferite tra gli adolescenti: il disagio legato a una parte del corpo con cui non si identificano, il ritardo nell'avvio del trattamento ormonale e gli aspetti finanziari. In aggiunta, fattori rilevanti ostacolanti all'effettiva pianificazione sembrano essere lo stress legato al pensiero di avere un'e figli'e un giorno, in particolare in relazione al percorso di transizione di genere, oltre al tempo e all'impegno necessari (Morrison et al., 2020). In aggiunta, tra le preoccupazioni maggiormente riscontrate negli adulti, troviamo la paura che la prole possa essere discriminata e non accettata in quanto figli'e di genitori *transgender*, gli ipotetici ostacoli nelle procedure di adozione e il dover affrontare procedure mediche complesse (Morrison et al., 2020).

Tutti questi elementi, complessi ed estremamente diversificati, verranno analizzati suddivisi in due macrocategorie: gli aspetti biologici, medici e psicologici e quelli sociali e culturali. Questa divisione è stata fatta con il solo fine esplicativo, e sottintende la presenza di un'interazione continua e dinamica tra questi fattori nel definire gli ostacoli che le persone TGD devono affrontare per poter diventare genitori.

2.2.1 Aspetti biologici, medici e psicologici

La maggior parte delle persone che decidono di intraprendere un percorso di affermazione si trova in età riproduttiva al momento della decisione (Kreukels et al., 2010), motivo per il quale, come qualsiasi altra persona, potrebbe desiderare

di avere dei figli (Wierckx et al., 2011). Tuttavia, il percorso di genitorialità in individui TGD è caratterizzato, inevitabilmente, da aspetti e considerazioni differenti rispetto a quello delle persone cisgender.

Innanzitutto, il desiderio di genitorialità è influenzato dalla capacità riproduttiva della persona: questa determina il percorso verso la genitorialità (biologica o non biologica). La capacità riproduttiva di un individuo è determinata dall'attrazione sessuale della persona e dai gameti sessuali, che siano crioconservati o meno (Stolk et al., 2023). Nel caso degli individui TGD, la capacità riproduttiva può essere compromessa durante il percorso di affermazione di genere, che ha un impatto sulla fertilità dell'individuo. Le procedure chirurgiche affermative portano inevitabilmente alla sterilità, e le terapie ormonali possono avere un impatto negativo sulla fertilità. Queste, comprendono l'assunzione di estrogeni combinati con bloccanti degli androgeni per individui AMAB e di testosterone per le persone AFAB, e sono pochi i dati riguardanti la totale reversibilità di questi effetti a seguito dell'interruzione di trattamento (De Roo et al., 2016; Adeleye et al., 2019; Moravek et al., 2020).

Sebbene esistano diverse opzioni di preservazione della fertilità (FP) per le persone *transgender*, alcune di queste ancora considerano la fertilità il prezzo da pagare per la transizione (T'Sjoen et al., 2013). In una meta-analisi condotta da Baram e colleghi a livello mondiale, l'uso di tecniche di FP varia tra il 10% e l'82% nelle donne *transgender* e tra lo 0% e il 17% tra gli uomini *transgender*. Sono infatti una minoranza tra le persone che lo desiderano a scegliere poi questo percorso. Tra queste, ancora meno quelle non binarie, che sono, in generale, meno propense ad accedere alle cure e a sentire il bisogno di potenziali interventi

(Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). La maggior parte delle persone TGD che decidono di non preservare i propri gameti riferiscono di non sentire la necessità o il desiderio di avere figli o di prediligere altre modalità (Defreyne et al., 2020; Russell et al., 2016). Tra le modalità alternative alla criopreservazione, le favorite risultano essere l'adozione e, nei casi in cui sia possibile, il rapporto sessuale, (Tornello e Bos, 2019). Tuttavia, alcune tra le persone TGD che desiderano di poter avere una prole geneticamente correlata, rimpiangono di non aver usufruito delle opzioni di FP, o considerano l'opzione di posticipare o interrompere la terapia ormonale per preservare la propria fertilità o concepire (Armund et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

Mattelin e colleghi (2022), in uno studio retrospettivo svolto tra il 2013 e il 2018, hanno analizzato le ragioni legate alla scelta di criopreservare e il divario tra desiderio ed effettivo utilizzo di procedure specifiche in persone TGD. In un campione di individui che riferivano un sostanziale desiderio di genitorialità biologica, nessuno dei soggetti, dopo essere stati informati che il trattamento ormonale avrebbe potuto alterare la fertilità, si è sottoposto a procedure di preservazione della fertilità (Chiniara et al., 2019). In un campione di uomini *transgender*, il forte desiderio di avere figli, riferito dalla maggioranza, è diminuito notevolmente a seguito del trattamento ormonale (Auer et al., 2018). Anche Chen e colleghi (2020) hanno riscontrato una bassa percentuale nell'utilizzo di procedure di preservazione della fertilità in adolescenti e giovani adulti *transgender*, nonostante l'alto desiderio di genitorialità biologica da loro riferito. Gli adolescenti sottoposti a trattamento per la disforia di genere attribuiscono

minor importanza alla preservazione della fertilità rispetto ad altri gruppi della stessa fascia di età che presentano esigenze di preservazione della fertilità (Persky et al., 2020). Le barriere maggiormente riportate sono: il costo, l'urgenza nel cominciare il trattamento ormonale, l'incapacità di prendere decisioni orientate al futuro (nel caso di adolescenti), la conoscenza limitata delle procedure da parte degli operatori sanitari, i loro pregiudizi e l'esclusione nell'accesso a tali servizi (Baram et al., 2019; Defreyne et al., 2020). Inoltre, le persone *transgender* possono presentare un peggioramento della disforia di genere durante le varie fasi del processo (Armuand et al., 2017; Baram et al., 2019). Se quindi, da un lato, le persone *transgender* conservano delle capacità riproduttive che possono essere salvaguardate, dall'altro, tali capacità possono essere compromesse in base alle decisioni assunte nel corso del piano di trattamento medico. Assumono, in questo senso, un ruolo importante nel desiderio e nella scelta di diventare genitore, i professionisti sanitari, nell'aspetto di informazione e di supporto riguardo alle diverse strade perseguibili da ogni individuo. Le linee guida della WPATH, della *Endocrine Society* e dell'ASRM ribadiscono l'importanza di fornire a tutte le persone *transgender* e *gender diverse* un counseling sulla fertilità, nel quale vengono informate rispetto agli effetti dei trattamenti sulla propria fertilità e sulle opzioni di criopreservazione e sui limiti di queste procedure, con il fine di prendere decisioni consapevoli (*Ethics Committee ASRM*, 2015). Considerando i dati più recenti, sembra che la maggioranza degli adolescenti TGD riceva un counseling sulle opzioni di fertilità; per quanto riguarda, invece, gli adulti, è stata riscontrata una percentuale minore.

È tuttavia importante sottolineare che questi dati variano notevolmente in base al paese d'origine (Stonk et al., 2023).

Ulteriori aspetti da tenere in considerazione all'interno del processo decisionale riguardano la percezione psicologica della propria esperienza: in alcuni casi, lo stesso essere *transgender* viene percepito come una barriera, in relazione al forte desiderio di avere un apparato riproduttivo in linea con il proprio genere. In altri casi, come quello degli individui AFAB, l'ipotesi di genitorialità biologica viene esclusa in quanto la modalità più accessibile, ovvero la gravidanza, è percepita come in conflitto con il proprio percorso di transizione e la propria identità di genere (Tornello e Bos, 2017). Anche le esperienze personali di disforia di genere sembrano avere un impatto nelle scelte. Alcuni giovani adulti riportano preoccupazione rispetto alle possibili conseguenze psicologiche del dover rimandare il trattamento ormonale per poter mettere in atto le procedure di FP. Inoltre, per quanto riguarda i giovani adulti *transgender*, è importante considerare l'impatto che la stessa decisione può avere: si trovano infatti a riflettere sulle implicazioni mediche e su ipotetici progetti di genitorialità durante un periodo non normativo dal punto di vista dello sviluppo (Chen et al., 2019).

Oltre alla conservazione dei propri gameti, le persone *transgender* che desiderano pianificare una genitorialità biologica, possono trovare necessario ricorrere a tecnologie di riproduzione medicalmente assistita (PMI), come l'inseminazione intrauterina (IUI) o la fecondazione in vitro (FIV). Per tanto tempo numerosi pazienti TGD si sono trovati ad essere esclusi dalle cliniche di fertilità o non venivano debitamente informati riguardo alle opzioni disponibili, anche dopo essere stati seguiti dai medici, nonostante l'esistenza di numerose

procedure mediche riconosciute a sostegno della genitorialità *transgender* (Hunger, 2012). In uno studio che valutava l'adeguatezza percepita del counseling sulla fertilità nelle persone TGD che pianificavano di intraprendere trattamenti affermativi, solo il 58% dell3 partecipanti ha riportato il counselling ricevuto come adeguato, il 23% ha riferito fosse inadeguato, e il 19% ha riportato di non aver ricevuto alcun counseling (Walton et al, 2023). Fortunatamente, sembra che negli ultimi anni le modalità di accesso all'assistenza sanitaria per la riproduzione in persone *transgender* stia migliorando (Stonk et al., 2023), ma nonostante questo, ci sono ancora molte barriere da superare. A tal proposito, è importante che l'equipe sanitaria, in particolare il personale psicologico e medico, collaborino nell'assicurare il supporto adeguato, affinché alcune delle barriere sopracitate possano essere superate, e le scelte -in una questione già di per sé complessa come la genitorialità- possano essere compiute con maggiore consapevolezza.

2.2.2 Aspetti socio-culturali e *minority stress*

Alla base di molte delle barriere con le quali le persone TGD si confrontano ogni giorno, sussistono pregiudizi fortemente radicati in relazione alla genitorialità *transgender* e, più in generale, al fatto che la varianza di genere è stata storicamente considerata sinonimo di malattia mentale e, ancora oggi, validata solo in relazione ad una condizione di disforia.

La resistenza nel fornire supporto da parte degli operatori sanitari è data dalla diffusa preoccupazione riguardante il benessere della persona stessa, della prole, o di entrambe (*Ethics Committee of ASRM*, 2015). Le convinzioni più

diffuse riguardano il rischio di conseguenze dannose sulla salute mentale e psicosessuale dell3 bambin3 (Freedman et al., 2002), e l'idea che le persone *transgender* non possano essere dei buoni genitori (Murphy, 2012). Rispetto alla prima affermazione, i dati di ricerca attualmente esistenti (Green et al., 1998; Freedman, et al., 2002; Chiland et al., 2013), riportano che essere cresciute da genitori *transgender* non aumenta il rischio di sviluppare psicopatologie o di percepire confusione in relazione alla propria identità di genere e non compromette il funzionamento psicosociale. Alcuni tra i fattori, invece, determinanti per il benessere della prole, risultano essere la sicurezza dell'attaccamento e la capacità di cura e di responsività dei genitori di fronte ai bisogni (*Ethics Committee of ASRM*, 2015). Riflettendo, invece, sull'ipotesi riguardante l'incompetenza delle persone *transgender* come figure genitoriali, risulta interessante riportare la riflessione portata avanti da Murphy (2012), che analizza da un punto di vista etico le motivazioni alla base di chi si oppone alla possibilità da parte di persone *transgender* di diventare genitore. L'esitazione, da parte dei professionisti sanitari, nell'appoggiare il percorso di riproduzione medicalmente assistita in persone TGD è generalmente sostenuta dall'idea che i futuri genitori sarebbero instabili e non adatti al ruolo, e che la prole abbia il diritto ad una genitorialità positiva ed efficace (Green, 1998). Tuttavia, qualsiasi persona che non ha necessità di richiedere assistenza sanitaria per poter concepire può decidere di farlo indipendentemente da un giudizio esterno, senza dover dimostrare la propria adeguatezza come genitore e il proprio grado di stabilità mentale. Ne risulta che, di conseguenza, solo una piccolissima frazione delle persone che desiderano avere figl3 sono sottoposte a questo test di

“idoneità” in quanto futuri genitori, che, nel caso della popolazione TGD, si somma ad ulteriori valutazioni di adeguatezza legate all’idea, ancora ampiamente diffusa, che patologizza le persone *transgender* e *gender-diverse* e le considera mentalmente disturbate ed instabili (Murphy, 2012). Se, da un lato, la letteratura riconosce che le persone *transgender* presentino livelli più alti di sofferenza psicologica rispetto alla popolazione cisgender (Grossman et al., 2016; Rider et al., 2018; Rimes et al., 2017), dall’altro, questi, sono spesso legati ad esperienze di abusi, violenza o discriminazione sistemica legate alla propria non conformità di genere (Bradford et al., 2013; Wirtz et al., 2018; Riggs et al., 2020). La formazione specifica dell’3 professionist3 assume una forte importanza al fine di decostruire questi preconcetti. Gli Standards of Care della WPATH (Coleman et al., 2022) evidenziano la necessità di contrastare questa carenza del personale tramite formazioni specifiche focalizzate sul counseling di fertilità, con il fine di dare la possibilità di preservare i propri gameti a tutti gli individui che esprimono la loro volontà, in modo imparziale (Armuan, Nilsson et al., 2017). La *United Nations Population Fund* (2014) ribadisce che tutti gli esseri umani, compresi gli individui *transgender*, hanno il diritto riproduttivo di decidere se avere o meno dei figli, e che la riproduzione medicalmente assistita non può essere negata alle persone *transgender* (Coleman et al., 2022). Il benessere della prole è quindi associato a svariati fattori, ma non esiste nessuna evidenza che associ l’essere *transgender* all’incapacità di creare relazioni di cura e positive. Alcuni lavori di ricerca riportano invece relazioni positive tra genitore *transgender* e figlio (Freedman et al., 2002; White et al., 2008). Basarsi su supposizioni e preconcetti per sostenere una presunta incompatibilità tra genitorialità *transgender* e

benessere della prole risulta essere un'azione che, sommata ad una serie di barriere già esistenti, potrebbe aumentare il livello di discriminazione e stress percepito.

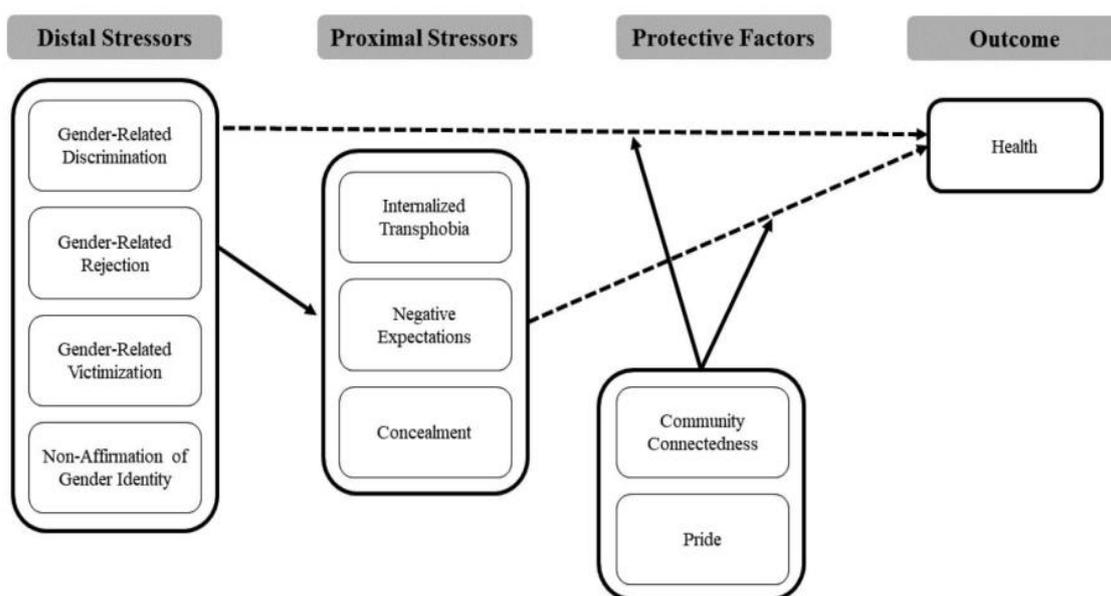
Il concetto di stress relativo alle minoranze, insieme al conseguente disagio psicologico e all'isolamento sociale, costituiscono esperienze documentate che derivano dall'esposizione alla discriminazione (Meyer, 2003; Riggs e Treharne, 2017). La psicologia sociale spiega che le persone appartenenti a minoranze sono tenute a fronteggiare discriminazioni e pregiudizi imposti dal gruppo dominante e si trovano a dover condividere norme e una cultura spesso divergenti rispetto a questo (Moss, 1973). Secondo la *Minority Stress Theory* (MST) formulata da Meyer (2006), gli individui appartenenti a minoranze sessuali affrontano condizioni di stress aggiuntive che sono uniche, croniche e socialmente condizionate, in quanto tali condizioni sono parte integrante delle strutture sociali e culturali. All'interno della teoria, gli *stressor* vengono categorizzati come distali e prossimali: i primi riguardano aspetti non controllabili dall'individuo, come la discriminazione strutturale, le norme di genere, atti di violenza o micro-aggressione fisica o psicologica, i fattori prossimali si sviluppano invece attraverso l'internalizzazione dello stigma affrontato sin dall'infanzia, e si esplicitano in percezioni e valutazioni messe in atto dall'individuo. Alcune di queste sono, ad esempio, le aspettative ricorrenti di rifiuto, la non accettazione della propria appartenenza alla minoranza o l'occultamento della propria identità (a volte messa in atto come strategia di protezione da eventuali discriminazioni). Poiché le persone *transgender* e gender diverse si discostano dai criteri eterocisnormativi, fanno parte e possono identificarsi come parte di un gruppo

minoritario rispetto a quello dominante. È ampiamente riconosciuto che il disagio psicologico nelle persone *transgender* derivi dall'appartenenza ad una minoranza (Scandurra et al., 2017). Nonostante la letteratura che analizza il *Minority Stress* nelle persone *transgender* sia attualmente limitata, alcuni lavori di ricerca più recenti (Testa et al., 2015; Hendricks e Testa, 2012; Scandurra et al., 2017) hanno incluso nel modello di Meyer (2006) anche le minoranze di genere, evidenziando l'esistenza di fattori specifici nell'esperienza delle persone TGD. In primis, un modello di diagnostico e di *gatekeeping*, che sottintende il riconoscimento della propria varianza di genere da parte di figure esterne come elemento fondamentale al fine di poter accedere a numerosi step del percorso di affermazione. O ancora, il non riconoscimento dell'identità di genere della persona TGD, come ad esempio il *misgendering*, nel quale ci si riferisce alla persona usando pronomi o termini non appartenenti al proprio genere di riferimento ma al sesso assegnato alla nascita, che avviene in molti contesti clinici e non (Testa et al., 2015). In relazione alla genitorialità, tutte le opzioni disponibili per le persone *transgender* comportano procedure complesse e sfide riguardanti la custodia e i diritti genitoriali (Tornello e Bos, 2017). Questi solo alcuni esempi di aspetti che possono incrementare il disagio e lo stigma vissuto dalle persone TGD. Uno studio di ricerca condotto da Scandurra e colleghi nel 2017 ha analizzato la relazione tra fattori distali e prossimali e la salute delle persone *transgender*, e ipotizzato che questa sia mediata da alcuni fattori protettivi. Infatti, all'interno della MST hanno un ruolo importante anche le strategie di coping individuali e sociali, che tendono a controbilanciare lo stress vissuto dalla persona. Il supporto sociale percepito sembra essere un fattore

rilevante nel facilitare la gestione del *Minority Stress*, incrementando la creazione di strategie più funzionali nel fronteggiarlo (Pinto et al., 2008). Il supporto familiare in giovani adulte *transgender* è associato ad un maggiore livello di benessere e a meno sintomi negativi nella salute psichica, come anche quello dei pari. Anche la resilienza dell'individuo risulta avere un ruolo chiave, e, sommata al supporto sociale e alle azioni collettive, permette di prevenire e moderare gli effetti negativi dello stigma nella salute mentale delle persone TGD (Scandurra et al., 2017). In linea con questa teoria, i pregiudizi legati alla genitorialità, oltre che essere barriere percepite, potrebbero essere anch'essi internalizzati ed avere una forte influenza anche sul desiderio e le intenzionalità di genitorialità nelle persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere (Pacilli, 2011). Allo stesso modo, strategie di coping individuali e sociali possono avere un ruolo rilevante nel desiderio di diventare genitori. Infatti, il sostegno dalla famiglia d'origine è associato positivamente al desiderio delle persone *transgender* e gender diverse di avere figli in futuro e ad un maggiore benessere (Riggs et al., 2015; Von Doussa et al., 2015; Marinho et al., 2020). In linea con i principi della MST (Meyer, 2006; Testa et al., 2015; Hendricks e Testa, 2012) i fattori distali e prossimali sono associati ad *outcomes* negativi nella salute mentale delle persone TGD, quali un maggiore disagio psicologico durante la vita, depressione, ansia e somatizzazione (Scandurra et al., 2017). All'interno di questa relazione, i fattori protettivi, come l'orgoglio della propria identità di genere, la resilienza o maggiore connessione all'interno del gruppo comunitario, tendono a svilupparsi in risposta agli stressor, e possono mediare le conseguenze negative vissute.

In *Figura 1* è presentato uno schema relativo alla natura delle relazioni tra fattori distali, prossimali e protettivi nelle persone TGD, per una migliore comprensione.

Figura 1. Il modello del Minority Stress nelle minoranze di genere (Testa et al. 2015).



All'interno del contesto di appartenenza, un fattore rilevante risulta essere dato dal supporto formale e legale. Le norme culturali, sociali e legali ancora oggi favoriscono le coppie eterosessuali e cisgender nel contesto della genitorialità. Il costo delle procedure risulta essere una tra le motivazioni maggiormente riportate dagli individui che decidono di non preservare i propri gameti (Mattelin et al., 2020). È importante mettere in evidenza come la legislazione ed i costi riguardanti le procedure di preservazione della fertilità, la riproduzione medicalmente assistita e i servizi di cura e supporto delle persone *transgender*

cambiano considerevolmente all'interno dei diversi paesi europei (ESHRE Guideline Group on Female Fertility et al., 2020; Coleman et al., 2023). Nei paesi dove le procedure di criopreservazione sono coperte dall'assicurazione sanitaria, la maggior parte delle persone riporta di aver ricevuto un counseling/supporto psicologico e anche la scelta di intraprendere questo percorso risulta essere più frequente (Alpern et al, 2022; Mattelin et al., 2022; Eustache et al., 2021; Amir et al., 2020). In altri casi, le metodologie di procreazione biologica sono caratterizzate da costi così elevati da renderle inattuabili per molte persone *transgender*, portandole a mettere in secondo piano le proprie preferenze e a considerare le alternative (Tornello e Bos, 2017). In questo senso, l'adozione, risulta essere la modalità favorita dalla maggior parte dell'3 adolescenti TGD che desiderano diventare genitori in futuro. Tra le motivazioni, la più frequente risulta essere la volontà di dare una casa e una famiglia a bambin3 che la necessitano (Tornello e Bos, 2017). Tuttavia, la maggior parte dei genitori TGD sono attualmente genitori biologici (Stonk et al., 2023). Anche l'adozione è, infatti, un processo difficile da perseguire a livello legale e finanziario per la popolazione TGD. Sebbene esista una solida base di ricerca che si concentra su adottanti e affidatari lesbiche e gay, le voci delle persone *transgender* sono state raramente incluse nelle ricerche fino ad ora. Sono poche le persone TGD che attualmente possono o vogliono adottare e le stesse agenzie riferiscono di non avere esperienza con il supporto e la valutazione di genitori appartenenti a questa categoria (Brown e Rogers, 2020). Secondo uno studio condotto da Brown (2021), alcuni dei fattori facilitatori nell'accesso alle adozioni nelle persone TGD in Inghilterra sono l'essere cisgender, che sembra aumentare l'accettazione e la

comprensione, e l'essere di genere femminile o maschile. Infatti, le persone non binarie riferiscono di percepire mancanza di supporto e più svantaggi rispetto all'3 altr'3 (Brown, 2021). Anche le preoccupazioni legate alla discriminazione della futura prole (in quanto figlie di genitore trans) influenzano notevolmente la scelta di adottare o meno. Le persone all'interno della comunità *transgender* sperimentano discriminazioni quotidianamente, e la prospettiva di ulteriori conseguenze negative per sé stessi e per i propri figli costituisce un ostacolo significativo all'adozione e all'affidamento familiare (Brown, 2021). Negli ultimi anni ci sono stati alcuni progressi significativi nell'affrontare queste sfide, attraverso la riforma di leggi e politiche che hanno ampliato la copertura assicurativa a sostegno delle procedure di affermazione di genere e di quelle di criopreservazione. Molti passi avanti sono stati fatti anche attraverso azioni educative e di sensibilizzazione con l'intento di promuovere l'accettazione e l'inclusione delle famiglie LGBTQ+. Nonostante questo, sono attualmente una minoranza i Paesi nei quali la genitorialità *transgender* è riconosciuta, accettata e sostenuta a livello sociale e culturale (Mattelin et al., 2022). La genitorialità è un processo altamente correlato al genere all'interno della società e vari autori hanno evidenziato l'assenza di attitudini positive in relazione alla genitorialità *transgender* (Haines et al., 2014; von Doussa et al., 2015). Risulta, di conseguenza, fondamentale sostenere all'interno della cultura dominante delle narrative coerenti e affermative che si discostino da un'unica idea di genitorialità, quella eterosessuale e cisgender (Tasker e Gato, 2020). In parallelo, favorire i diritti, il riconoscimento e il supporto legale ed economico delle persone

transgender e *gender diverse* migliorerebbe le opzioni per chi, tra loro, desidera diventare genitore (Tornello e Bos, 2017).

Tutti i fattori analizzati, differenziati ma interconnessi, contribuiscono a creare un quadro per poter comprendere in modo più chiaro tutte le sfumature che possono influire sulla scelta e sul desiderio di genitorialità nelle persone *transgender* e *gender diverse*. I dati ci mostrano che le barriere sono tante, ma anche che esistono modalità per poterle, in alcuni casi, abbattere o ridimensionare, decostruendo i pregiudizi, comprendendone la complessità e radice multidimensionale.

3. La presente ricerca

3.1 Obiettivi

Il desiderio di diventare genitore tra le persone *transgender* e gender-diverse è diffuso e documentato (Stonk et al., 2023). Sebbene le strade perseguibili siano diverse, dalla genitorialità biologica alle adozioni, questo desiderio non sempre si traduce in intenzioni ed azioni concrete. I percorsi di genitorialità biologica per le persone TGD si rivelano spesso molto costosi sia dal punto di vista finanziario che psicologico e sono ostacolati da pregiudizi e da una concezione etero e cis normativa della genitorialità (Tornello e Bos, 2019).

Obiettivo generale della presente ricerca è stato quello di esplorare questioni relative alla genitorialità biologica e al Minority stress (Meyer, 2003) in persone TGD all'interno di due contesti differenti: Italia e Portogallo.

Un primo obiettivo riguarda un'analisi esplorativa di desiderio ed intenzioni di genitorialità e delle possibilità di preservazione della fertilità nel campione in esame. Inoltre, in linea con la letteratura più recente (Stonk et al., 2023; Baram et al., 2019; Mattelin et al., 2022; Chen et al., 2020; Chiniara et al., 2019) è stata ipotizzata una bassa considerazione ed un utilizzo limitato delle procedure di criopreservazione, in presenza di desiderio di genitorialità.

In secondo luogo, sono state analizzate le attitudini legate alla genitorialità biologica nel campione totale. Poiché non è stato individuato in letteratura uno strumento specifico per l'analisi di questa tipologia di attitudini nelle persone *transgender*, sono stati identificati e creati degli indici ad hoc, per poter approfondire le opinioni ed attitudini, riguardanti (a) la genitorialità biologica in persone TGD, (b) attitudini positive verso il legame biologico con la prole, (c)

barriere alla gravidanza, (d) barriere alla genitorialità TGD, (e) paura dei cambiamenti legati alla gravidanza.

In linea con quanto sostenuto all'interno della MST (Hendricks e Testa, 2012; Meyer, 2006), le persone *transgender e gender diverse*, in quanto parte di una minoranza, sperimentano condizioni di stress aggiuntive uniche, croniche e socialmente condizionate. Gli aspetti contestuali quali la discriminazione strutturale, il binarismo di genere, atti di violenza di genere, sembrano avere un ruolo rilevante nel disagio percepito ed interiorizzato dalle persone *transgender e gender diverse*. All'interno del presente studio è stata ipotizzata la presenza di una differenza nei livelli di *minority stress* all'interno dei due contesti in esame: Italia e Portogallo. In aggiunta, considerando che il Portogallo ha adottato negli ultimi anni politiche più inclusive per le persone TGD e maggiormente in linea con le Linee guida internazionali (ILGA Europe, 2024; FRA, 2019; TGEU 2023), sono stati ipotizzati livelli minori di *minority stress* tra le persone residenti in Portogallo rispetto a quelle residenti in Italia.

Considerando che stressor distali e prossimali vissuti dalle persone *transgender* hanno un effetto sulla loro salute fisica e psicologica (Hendricks e Testa, 2012; Testa et al., 2015; Meyer, 2007), ulteriore obiettivo di ricerca è stato di ipotizzare che il *minority stress* vissuto nell'3 partecipanti possa influenzare le attitudini ed opinioni riguardanti la genitorialità biologica in persone TGD, ed analizzare in che modo questo avvenga.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

Il presente studio di ricerca ha preso in considerazione una popolazione inclusa nei seguenti criteri: (a) l'identificarsi come persona *transgender o gender diverse*, (b) essere residente in Italia o in Portogallo e (c) avere un'età maggiore o uguale ai 18 anni. Il campione finale è composto da 143 partecipanti, di cui 55 residenti in Portogallo (PT¹), tra i quali 51 di nazionalità portoghese e 4 di nazionalità brasiliana, e 88 residenti in Italia (IT), di cui 87 di nazionalità italiana e una persona di nazionalità differente. L'età del campione totale varia da un minimo di 18 anni ad un massimo di 59 (M= 26.4, DS= 7.81); Queste ed ulteriori caratteristiche demografiche dei partecipanti, quali il livello di scolarità, occupazione, convivenza, situazione sentimentale e prole per i due gruppi e per il gruppo totale sono riassunte all'interno della **Tabella 1**.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche del campione.

Variabili	Totale (n= 143)	PT (n= 55)	IT (n= 88)
Età, media (DS)	26.4 (7.81)	26.5 (8.88)	26.3 (7.11)
Nazionalità, n (%)			
<i>Portoghese</i>	51 (35.9)	51 (35.9)	0 (0.0)
<i>Italiana</i>	86 (60.6)	0 (0.0)	86 (60.6)
<i>Altro</i>	5 (4.2)	4(3.5)	1 (0.7)
Istruzione, n (%)			
<i>Scuola media</i>	40 (28.2)	30 (21.1)	10 (7.0)
<i>Scuola superiore</i>	69 (48.6)	9 (6.3)	60 (42.3)

¹ Per facilitare l'esposizione dei dati, verrà utilizzata da qui in poi la sigla PT per i dati relativi all3 partecipanti residenti in Portogallo e IT per quell3 residenti in Italia (come indicato anche nelle Tabelle 1 e 2).

<i>Laurea triennale</i>	23 (16.2)	13 (9.2)	10 (7.0)
<i>Laurea magistrale</i>	9 (6.3)	2 (1.4)	7 (4.9)
<i>Altro</i>	1 (0.7)	1 (0.7)	0 (0.0)
Occupazione, n (%)			
<i>Studente lavoratore</i>	11 (7.7)	3 (2.1)	8 (5.6)
<i>Studente</i>	50 (35.0)	27 (18.9)	23 (16.1)
<i>Lavoratore part-time</i>	14 (9.8)	4 (2.8)	10 (7.0)
<i>Lavoratore full-time</i>	37 (25.9)	14 (9.8)	23 (16.1)
<i>Disoccupate</i>	19 (13.3)	6 (4.2)	13 (9.1)
<i>Cassa integrazione</i>	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.7)
<i>Altro</i>	11 (7.7)	1 (0.7)	10 (7.0)
Convivenza, n (%)			
<i>Coinquilino</i>	13 (9.1)	3 (2.1)	10 (7.0)
<i>Solo</i>	23 (16.1)	9 (6.3)	14 (9.8)
<i>Genitori</i>	79 (55.2)	29 (20.3)	50 (35.0)
<i>Partner</i>	17 (11.9)	7 (4.9)	10 (7.0)
<i>Più partner</i>	1 (0.7)	1 (0.7)	0 (0.0)
<i>Altro</i>	10 (7.0)	6 (4.2)	4 (2.8)
Relazioni, n (%)			
<i>Single</i>	85 (59.9)	34 (23.9)	51 (35.9)
<i>Partner</i>	51 (35.9)	18 (12.7)	33 (23.2)
<i>Più partner</i>	2 (1.4)	0 (0.0)	2 (1.4)
<i>Altro</i>	4 (2.8)	3 (2.1)	1 (0.7)
Figli, n (%)			
	2 (1.4)	1 (0.7)	1 (0.7)

Per quanto riguarda il sesso assegnato alla nascita (*Sex assigned at birth, SAAB*), la maggioranza (63.7%) risulta essere AFAB (*Assigned female at birth*) il 35,6% AMAB (*Assigned male at birth*), e solo una persona intersessuale. Per

quanto concerne l'identità di genere, il 31.5% si identifica nel genere femminile, il 53.2% nel genere maschile, l'11.2% nel genere non binario, l'1.4% come genderfluid, ed il 2.8% in altre identità, tra le quali: "Indifferente", "Transgender" e "Genderqueer". In merito all'orientamento sessuale, la maggior parte dell'3 partecipanti si definisce eterosessuale (37.8%), il 7.7% omosessuale, il 21% bisessuale, il 15.4% pansessuale, il 9.1% queer ed una minoranza asessuale (3.5%), *questioning* (2.1%) o in altri orientamenti sessuali (3.5%) tra i quali, specificati: "attratta dalla femminilità, in qualsiasi suo genere", "Demisessuale" e "Mangasessuale". Le frequenze assolute e percentuali di SAAB, identità di genere ed orientamento sessuale in relazione ai due gruppi (PT e IT) sono mostrate più dettagliatamente nella **Tabella 2**.

Tabella 2. SAAB, identità di genere e orientamento sessuale del campione.

<i>Variabili</i>	Totale (n= 143)	PT (n= 55)	IT (n= 88)
SAAB, n (%)			
<i>AFAB</i>	91 (63.6)	32 (22.4)	59 (41.3)
<i>AMAB</i>	51 (35.7)	23 (16.1)	28 (19.6)
<i>Intersex</i>	1 (0.7)	0	1 (0.7)
Identità di genere, n (%)			
<i>Femminile</i>	45 (31.5)	19 (13.3)	26 (18.2)
<i>Maschile</i>	76 (53.1)	23 (16.1)	53 (37.1)
<i>Non binary</i>	16 (11.2)	8 (5.6)	8 (5.6)
<i>Genderfluid</i>	2 (1.4)	1 (0.7)	1 (0.7)

<i>Altro (specificare)</i>	4 (2.8)	4 (2.8)	0
Orientamento sessuale, n (%)			
<i>Eterosessuale</i>	54 (37.8)	18 (12.6)	36 (25.2)
<i>Omosessuale</i>	11 (7.7)	5 (3.5)	6 (4.2)
<i>Bisessuale</i>	30 (21.0)	13 (9.1)	17 (11.9)
<i>Asessuale</i>	5 (3.5)	2 (1.4)	3 (2.1)
<i>Pansessuale</i>	22 (15.4)	10 (7.0)	12 (8.4)
<i>Queer</i>	13 (9.1)	5 (3.5)	8 (5.6)
<i>Questioning</i>	3 (2.1)	1 (0.7)	2 (1.4)
<i>Altro (specificare)</i>	5 (3.5)	1 (0.7)	4 (2.8)

3.2.2 Procedure

Il presente lavoro di ricerca è stato sviluppato all'interno di un progetto più ampio riguardante l'identità di genere e la genitorialità in persone *transgender* e *non binary*, coordinato dalla professoressa Marina Miscioscia, Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione (DPSS), Università degli studi di Padova. Lo studio è stato sviluppato nei contesti italiano e portoghese, ed approvato dal Comitato Etico, Area 17, dell'Università degli studi di Padova (4756/2022) e dalla Comissão Ética del Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (05/2023).

La ricerca è stata diffusa tramite un questionario *online self-report* composto da domande a risposta multipla che indagano la storia di genere, esperienze ed opinioni riguardanti le procedure di preservazione della fertilità, opinioni riguardanti la genitorialità e la gravidanza *transgender*, e la prole biologica. Sono poi state utilizzate la *Gender Minority Stress and Resilience Measure* (GMSR)

(Testa et al., 2015) e la *Lesbian, Gay and Bisexual Scale* (LGBIS) (Mohr e Kendra, 2011), con il fine di valutare aspetti legati al *minority stress* (Meyer, 2003). Non essendo disponibili al momento della creazione del questionario le versioni validate in italiano della scala *LGBIS* e in portoghese della scala *GMSR*, è stata effettuata la traduzione di queste, tramite un processo di *backward-forward translation* che ha coinvolto due persone madrelingua, una italiana ed una portoghese.

Il questionario è stato diffuso all'interno di strutture ospedaliere, tramite volantini con codice QR, in gruppi e piattaforme online, e pubblicizzato contattando pagine, professionisti ed organizzazioni specializzate nei diritti TGD in diversi *social media* e tramite e-mail. Lo strumento è stato somministrato tramite la piattaforma *Qualtrics Experience Management (XM)* nel territorio italiano a partire dal mese di giugno fino al mese di novembre 2022, mentre in Portogallo dal mese di aprile al mese di giugno 2023. Una descrizione dello studio, il consenso informato e informazioni relative alla privacy sono state presentate in una sezione introduttiva al questionario, insieme alle informazioni di contatto dei membri del gruppo di ricerca, nel caso in cui fossero necessari chiarimenti durante la compilazione, o fossero presenti ulteriori domande e riflessioni riguardanti il progetto.

3.2.3 Strumenti

Al fine di approfondire gli obiettivi di ricerca è stato creato un questionario ad hoc che potesse approfondire diverse tematiche relative alla genitorialità nelle

persone *transgender* e *gender diverse*. Tutte le sezioni dello strumento, ad esclusione delle scale validate in italiano e portoghese, sono state sviluppate in italiano e successivamente tradotte in portoghese dalle autrici tramite un processo di *back translation*, sotto la supervisione di due figure madrelingua portoghesi, di cui un insegnante di lingua portoghese e una figura esperta nell'ambito di ricerca.

La prima parte ha incluso un'introduzione nella quale è stato descritto il fine, il contenuto dello studio e sottoscritto il consenso informato. Sono stati poi raccolti i dati demografici dei partecipanti quali età, nazionalità, residenza, grado di istruzione, occupazione, convivenza, relazioni sentimentali, prole, sesso assegnato alla nascita, identità di genere, e orientamento sessuale di ciascun partecipante (Vedere sezione 3.2 "Partecipanti"). In seguito, sono state approfondite le seguenti tematiche: storia di genere, preservazione della fertilità e genitorialità, attitudini riguardanti genitorialità TGD e *minority stress*.

Il percorso affermativo di genere è stato approfondito tramite 6 item principali e 4 secondari riguardanti l'iter legale, sociale e medico e 4 item principali e 2 secondari sulle scelte di preservazione della fertilità, tutti a risposta multipla. Questioni relative alla genitorialità TGD sono state indagate tramite 33 item raggruppati nelle seguenti tematiche: (5) intenzione e desiderio di genitorialità, (5) grado di informazione rispetto alle procedure di preservazione della fertilità, (16) gravidanza (dei quali 13 presentati solo a partecipanti AFAB), (3) opinioni relative alla genitorialità biologica e (11) item che indagano opinione rispetto alla genitorialità *transgender* AFAB. Le opzioni di risposta sono state predisposte su una scala *Likert* da 1 ("Totalmente in disaccordo") a 5 ("Completamente

d'accordo") per tutti gli item sopracitati, ad eccezione dei primi 5 nei quali la risposta era di tipo dicotomico ("Sì" o "No").

Livelli di *minority stress* percepito ed interiorizzato sono stati analizzati tramite:

- **GMSR**

Lo strumento ha come obiettivo valutare aspetti legati al MS e alla resilienza in persone la cui identità di genere o espressione è diversa da quella socialmente attesa in base al sesso assegnato alla nascita (Testa et al., 2015). La scala è composta da diversi fattori:

- Quattro fattori distali: discriminazione (D), rifiuto (R) e vittimizzazione (V) legate all'identità di genere e mancata affermazione dell'identità di genere (NA);
- Tre fattori prossimali: Transfobia interiorizzata (IT), aspettative negative per gli eventi futuri (NE), Non Disvelamento (ND);
- Due fattori protettivi: *Pride* (P) e Connessione alla comunità (CC).

Le opzioni di risposta ad ogni item sono composte da una scala Likert da 1 "fortemente in disaccordo" a 7 "completamente d'accordo". Il presente studio ha incluso all'interno del questionario due fattori, uno distale e uno proximale: la Non affermazione (NA) e la transfobia interiorizzata (IT), della versione validata in italiano del *GMSR* (Scandurra et al., 2020) e di una versione tradotta in portoghese a cura del gruppo di ricerca tramite un processo di *back translation*.

- Non-Affermazione (NA). Questa scala è stata creata sulla base di esperienze riportate da persone TGD riguardanti la mancanza di affermazione dell'identità di genere in vari contesti (Beemyn & Rankin,

2011; Grant, et al., 2010). È composta da 6 item e indaga esperienze di non-affermazione e negazione della propria identità di genere da parte di persone esterne (e.g., non essere chiamatø con il nome scelto o essere chiamato con un pronome che corrisponde al sesso assegnato alla nascita invece che all'identità di genere percepita). Nella sua versione italiana, la scala presenta una buona validità interna ($\alpha = 0.92$) (Scandurra et al., 2020).

- **Transfobia interiorizzata (IT).** La scala è composta da 8 item e indaga le aspettative negative (e.g., paura di esperienze future di discriminazione) legate alla propria identità di genere. Ha dimostrato una buona affidabilità interna nella sua versione italiana ($\alpha=0.90$) (Scandurra et al., 2020).

I punteggi finali sono stati ottenuti sommando le risposte di ogni singolo item, con il fine di ottenere dei valori grezzi (range: NA 0-24, IT 0-32). Maggiore è il punteggio, maggiore risultano essere, rispettivamente, le esperienze di non affermazione e i livelli di transfobia interiorizzata.

• **LGBIS**

La scala è stata sviluppata per valutare aspetti individuali e contestuali legati a identità di genere e orientamento sessuale in persone lesbiche, gay e bisessuali (LGB) (Kendra & Mohr, 2008). La *LGBIS* è composta da un totale di 33 item, suddivisi in 7 sottoscale: (1) Insoddisfazione dell'identità (2) Incertezza dell'identità (3) Sensibilità allo stigma (4) Centralità dell'identità (5) Difficoltà del processo (6) Motivazione alla dissimulazione e (7) Superiorità identitaria. Le risposte sono composte da una scala Likert con punteggi da 1 (“totalmente in disaccordo”) a 7 (“completamente d'accordo”). La versione originale dello

strumento presenta una buona validità interna in tutte le sue sottoscale, con un α di Chronback compreso tra 0.76 e 0.91. Per la presente ricerca è stata utilizzata la versione *LGBIS* adattata alle persone *transgender*, nella sua versione tradotta in italiano dal gruppo di ricerca e nella sua versione validata in portoghese (de Oliveira, et al., 2012). Al fine di approfondire lo stress percepito, sono stati inclusi item appartenenti a due scale che misurano:

- Insoddisfazione dell'identità (ID). Questo costrutto fa riferimento al grado in cui una persona si ritiene insoddisfatta della propria identità di genere, ed include 6 item, quali, ad esempio, "desidero essere eterosessuale e/o cisgender";
- Sensibilità allo stigma (SS). Valuta il grado di aspettative negative, ansiose o di rifiuto legate alla propria identità di genere attraverso 7 item tra i quali, ad esempio, "Mi chiedo spesso se gli altri mi giudicano per il mio orientamento sessuale e/o la mia identità di genere".

I punteggi di ogni sottoscala sono stati calcolati sommando i singoli item per ottenere un punteggio grezzo (range: 0-25 ID, 0-35 SS). Maggiore è il punteggio e maggiore è, rispettivamente, l'insoddisfazione legata alla propria identità di genere nella scala ID, e le aspettative negative nella scala SS.

3.3 Analisi dei dati

Tutte le analisi sono state condotte attraverso il software *JAMOVI*, versione 2.3. In una prima fase è stata svolta l'analisi descrittiva del campione in esame, sono state calcolate le distribuzioni di frequenza relative agli aspetti demografici dei

partecipanti, insieme a media e deviazione standard di età e prole, per il gruppo totale e per i due sottogruppi PT e IT.

Anche per quanto riguarda percorso affermativo, preservazione della fertilità, desiderio ed intenzioni di genitorialità riportate dai partecipanti è stata svolta un'analisi descrittiva, calcolando le distribuzioni di frequenza relative ai singoli item. Queste sono state calcolate per il gruppo totale e per i due sottogruppi IT e PT. Alcune di queste variabili, sempre considerando i singoli item, sono state messe in relazione al fine di indagare la presenza di differenze statisticamente significative all'interno dei due gruppi, tramite il test Chi quadrato di Pearson (χ^2).

La seconda fase ha incluso un'analisi delle attitudini dell'3 partecipanti rispetto alla genitorialità biologica. A tal proposito, si è ritenuto opportuno raggruppare i singoli item, creando i seguenti indici:

- (a) attitudini positive rispetto alla genitorialità biologica *transgender*;
- (b) attitudini positive rispetto legame biologico, ovvero relative al valore dato alla genitorialità biologica come unico legame significativo;
- (c) barriere alla gravidanza e (d) barriere alla genitorialità AFAB, riferite al grado di riconoscimento di una serie di fattori negativi (e.g. paure, preoccupazioni) come influenti nella scelta di intraprendere percorsi genitorialità biologica nelle persone *transgender*.
- (e) paura relativa ai cambiamenti corporei e psicologici in gravidanza (in partecipanti AFAB).

Per ogni indice è stata calcolata l'affidabilità interna di costrutto e la DS, riportati all'interno della **Tabella 5**. Solo gli indici con un' α di Chronbach superiore a .7 sono stati inclusi.

Tabella 5. Validità interna delle scale individuate.

Scale	SD	Chronbach's α
(a)	0.835	0.800
(b)	0.926	0.797
(c)	0.779	0.722
(d)	0.743	0.736
(e)	0.872	0.704

Con il fine di testare eventuali differenze tra i gruppi relativamente alle attitudini di genitorialità è stato utilizzato l'ANOVA ad una via che ha permesso di confrontare le medie dei due gruppi IT e PT, per ogni indice individuato.

Anche i livelli di MS, dopo essere stati approfonditi tramite le analisi descrittive in ciascun gruppo e per il gruppo totale, sono stati confrontati tra i due gruppi tramite l'ANOVA ad una via, con il fine di analizzare eventuali differenze significative.

Al fine di indagare associazioni tra le variabili individuate, la terza parte si è focalizzata su un'analisi di tipo correlazionale tramite il coefficiente r di Pearson. Le analisi hanno preso in considerazione i punteggi ottenuti nei questionari GMSR e LGBIS e le medie ricavate da ogni indice di attitudine.

4. Risultati

4.1 Storia di genere e preservazione della fertilità

Percorso affermativo

Il 72.1% dell3 partecipanti riferisce di aver intrapreso l'affermazione da un punto di vista sociale (di cui 25.9% PT ed il 46.3% IT) ed il 23.8% di averla intrapresa in parte (10.5% PT, 13.3% IT). Il 48.6% (18.3% PT, 30.3% IT) ha intrapreso l'iter per il cambio anagrafico, e, tra queste persone, il 60.9% ha già ottenuto la rettifica anagrafica. In merito alla terapia ormonale, il 58,5% delle persone riferisce di averla già cominciata, di cui il 16.2% PT ed il 42.3% IT. Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, il 5.5% delle persone AFAB (di cui 1 persona PT e 4 IT) riferisce di aver effettuato un intervento di isterectomia o istero-annessiectomia e il 9.8% delle persone AMAB (di cui 2 persone PT e 3 IT) di aver effettuato un intervento di orchietomia o scrotoectomia. Tra chi riporta di aver intrapreso altri interventi di natura affermativa (17.6% del totale), i più comuni risultano essere la mastectomia (52%) e la mastoplastica (36%).

Preservazione della fertilità

Del campione totale, il 4.9% (n=7) delle persone aveva già effettuato la criopreservazione dei gameti al momento della compilazione, di cui 1 persona di nazionalità portoghese e 6 di nazionalità italiana. Gli individui che avevano già effettuato la procedura di criopreservazione erano tutti AMAB, come mostrato in *Tabella 1*.

Tabella 1. Distribuzione del SAAB (Sex assigned at birth) di chi ha già effettuato procedure di crioconservazione dei gameti.

SAAB	Hai già effettuato la crioconservazione dei tuoi ovuli o spermatozoi?		Totale
	No	Sì	
Femminile	91	0	91
Intersessuale	1	0	1
Maschile	44	7	51
Totale	136	7	143

Su 115 partecipanti che, al momento della compilazione, non avevano effettuato interventi chirurgici di natura affermativa, il 22.4% (n=32) considera la possibilità di crioconservare i propri gameti. Rispetto a questa variabile, è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($p=0.035$): la maggioranza delle persone che escludono questa possibilità risulta appartenere al gruppo IT (“assolutamente no” 25.2% rispetto al 9.8% PT; “probabilmente no” 15.4% rispetto all’11.2% PT).

Rispetto all’ipotesi di preservare le strutture fisiche atte al concepimento, il 45.8% (n=55) risponde “assolutamente no”, il 29.2% (n=35) “probabilmente no”, il 6.6% (n=8) persone “probabilmente” o “assolutamente sì” ed il 18.3% (n=2) “non lo so”. Anche tra chi riferisce di avere già scelto che non preserverà le strutture fisiche atte al concepimento (61.0%, n=86) la maggioranza appartiene al gruppo IT

(n=57), ma non è stata riscontrata una differenza significativa ($p>.05$) tra i due gruppi. Tra chi riporta di non aver ancora preso questa decisione (32.6%) e chi non ha intenzione di preservare (6.4%) le motivazioni prevalenti risultano essere la paura degli interventi chirurgici (rispettivamente, 40.9% e 52.9%) e l'idea che questi non siano necessari per sé (36.4% e 41.2%).

4.2 Genitorialità

Desiderio ed intenzione

La maggior parte del campione esprime desiderio (57.9%) e intenzione (51.8%) di diventare genitore. Il gruppo PT esprime maggiore intenzione e desiderio di genitorialità rispetto al gruppo IT. Il 60.4% delle persone *transgender* residenti in Portogallo esprime il desiderio di diventare genitore, rispetto al 46.6% del gruppo di residenti in Italia, e le persone che mostrano desiderio mostrano anche intenzionalità, in particolare il 66% PT e 52.9% IT. Rispetto alla domanda: "Hai mai desiderato di avere un figlio biologicamente tuo?" una percentuale inclusa tra il 14.8% ed il 16.2% (di cui un intervallo 8.5%-6.3% all'interno del gruppo PT e 7.7%-8.5% all'interno del gruppo IT) risponde in maniera affermativa. Per quanto riguarda il desiderio di prole biologica, possiamo osservare come, tra le risposte negative, la maggior parte ("Assolutamente no" 25.4%; "Probabilmente no" 5.6%) appartengono al gruppo IT, come anche di chi riferisce di non prendere in considerazione l'opzione di preservare i propri gameti ("Assolutamente no" 25.2%; "Probabilmente no" 15.4%) e le strutture atte al concepimento (40.4%).

Per quanto riguarda le modalità, non sono presenti differenze significative all'interno dei due gruppi, e l'opzione maggiormente scelta risulta essere l'adozione (25.7%), seguita dalla combinazione di adozione e tecniche di PMA (12.4%) e di adozione e affidamento (9.7%), all'interno del gruppo totale. Il 10.6% dell3 partecipanti riferisce di non aver ancora pensato a come desidererebbe farlo.

Rispetto al momento di preferenza, la maggioranza delle persone che desidera avere figli in futuro posiziona questo desiderio dopo o durante il percorso di affermazione (57.3%).

Nonostante la presenza di desiderio in entrambi i gruppi, e le tempistiche preferenziali riportate, sono poche le persone che considerano le procedure di preservazione della fertilità. Come riportato nel paragrafo precedente, solo il 4.9% del campione totale ha già effettuato la criopreservazione dei gameti al momento della compilazione e, tra chi manifesta desiderio di genitorialità, solo una minoranza considera l'opzione di preservare ovuli o spermatozoi (il 14.2%, di cui 4.3% "assolutamente sì" e il 9.9% "probabilmente sì"), e il 12.8% mostra indecisione ("Non lo so"). I dati sembrano confermare l'ipotesi secondo la quale, tra chi desidera diventare genitore, solo una minoranza considera le opzioni di criopreservazione.

Attitudini genitorialità TGD

Le attitudini rispetto alla genitorialità riscontrate nell3 partecipanti presentano dei punteggi variabili, in un range che va da 0 "Totalmente in disaccordo" a 5 "Totalmente d'accordo". L'indice (α) riflette livelli mediamente alti di attitudini positive verso la genitorialità biologica *transgender* nel gruppo totale dei

partecipanti (M=4.45, DS= 0.835). Nell'indice (b), che approfondisce il valore dato alla genitorialità biologica come unico legame significativo, sono stati riscontrati livelli mediamente bassi di accordo (M= 1.68, DS=0.926) all'interno del gruppo totale. Gli indici relativi alla presenza di barriere alla genitorialità biologica TGD presentano dei punteggi mediamente alti, senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi: l'indice (c) "barriere rispetto alla gravidanza AFAB" presenta punteggi medi di 3.50 e DS= 0.743, mentre l'indice (d) barriere rispetto alla genitorialità AFAB" una media di 4.00 e DS= 0.779. In partecipanti AFAB, l'indice (e) relativo alle paure dei cambiamenti corporei e psicologici in gravidanza, presenta punteggi alti di 4.00 con una DS=0.872.

Tramite l'ANOVA a una via, è stata esaminata l'influenza del contesto (PT e IT) su ogni singolo indice di attitudine. Solo in uno degli indici, relativo ad attitudini positive rispetto al legame biologico (b), è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa ($p < .001$) tra i due gruppi. In quest'indice i residenti in Portogallo, infatti, riportano una maggiore attitudine positiva rispetto al legame biologico genitorie-figliæ (M=2.00; DS=1.01), rispetto al gruppo IT (M=1.48; DS=0.813). Per quanto riguarda gli altri indici non risulta nessuna differenza significativa (vedere **Tabella 3**).

Tabella 3. ANOVA a una via (Welch) degli indici di genitorialità.

Indice	F	gdl1	gdl2	p
(a)	2.0922	1	87.3	0.152

Indice	F	gdl1	gdl2	p
(b)	10.3144	1	95.1	0.002
(c)	3.1986	1	45.0	0.080
(d)	1.9466	1	43.8	0.170
(e)	0.0100	1	68.5	0.921

4.3 *Minority Stress*

In merito ai livelli di *minority stress* all'interno dei due gruppi, sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi ($p < 0.001$) per due delle scale del GMSR: quella di Non affermazione (NA) e di Transfobia interiorizzata (IT).

Tabella 4. Punteggi medi relativi alle scale NA e IT del GMSR e ID ed SS della LGBIS per i due gruppi PT e IT.

	GRUPPO	N	Media	SD	SE
GMSR_NA	PT	55	14.51	7.09	0.957
	IT	88	5.86	6.00	0.639
GMSR_IT	PT	55	10.33	7.41	1.000
	IT	88	6.07	6.70	0.714

Tabella 4. Punteggi medi relativi alle scale NA e IT del GMSR e ID ed SS della LGBIS per i due gruppi PT e IT.

	GRUPPO	N	Media	SD	SE
LGBIS_ID	PT	55	24.40	8.83	1.190
	IT	88	26.99	6.82	0.727
LGBIS_SS	PT	55	14.31	5.76	0.776
	IT	88	13.77	4.84	0.516

Come possiamo osservare in **Tabella 4**, contrariamente all'ipotesi iniziale, gli individui residenti in Portogallo presentano punteggi medi maggiori di non affermazione della propria identità di genere e transfobia interiorizzata, rispetto a chi risiede in Italia. Nei livelli di Insoddisfazione dell'identità (ID) e di sensibilità allo stigma (SS), non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi (rispettivamente, $p = .067$ e $p = .566$).

4.4 Correlazioni

Al fine di valutare la presenza di una relazione tra *minority stress* e le attitudini di genitorialità biologica, è stato calcolato il coefficiente di correlazione (r) di Pearson tra i fattori di Non Affermazione (NA) e Transfobia Interiorizzata (IT) e ogni indice di attitudine per entrambi i sottogruppi PT e IT. Considerando che in relazione ai fattori di Insoddisfazione dell'identità (ID) e Sensibilità allo Stigma (SS) non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due

gruppi, è stata calcolata unicamente la correlazione con gli indici di attitudine per il gruppo totale.

Tabella 5. Matrice di correlazione tra gli indici NA e IT (GMSR) e gli indici di attitudine alla genitorialità per il gruppo PT.

		GMSR_N	GMSR_I	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
		A	T					
GMSR_NA	<i>r di Pearson</i>	—						
	<i>gdl</i>	—						
	<i>valore p</i>	—						
GMSR_IT	<i>r di Pearson</i>	0.493***	—					
	<i>gdl</i>	53	—					
	<i>valore p</i>	< .001	—					
	<i>r di Pearson</i>	0.299	-0.153	—				
(a)								
	<i>gdl</i>	30	30	—				
	<i>valore p</i>	0.097	0.403	—				
(b)	<i>r di Pearson</i>	0.061	0.098	-0.336	—			
	<i>gdl</i>	52	52	30	—			
	<i>valore p</i>	0.663	0.483	0.060	—			
(c)	<i>r di Pearson</i>	-0.065	-0.376*	0.181	-0.244	—		
	<i>gdl</i>	27	27	27	27	—		
	<i>valore p</i>	0.736	0.045	0.349	0.202	—		
(d)	<i>r di Pearson</i>	0.037	-0.441*	0.466*	-0.425*	0.630***	—	
	<i>gdl</i>	27	27	27	27	27	—	
	<i>valore p</i>	0.847	0.017	0.011	0.022	< .001	—	
(e)	<i>r di Pearson</i>	0.166	-0.107	0.404*	-0.055	0.601***	0.598***	—
	<i>gdl</i>	29	29	29	29	27	27	—
	<i>valore p</i>	0.372	0.566	0.024	0.769	< .001	< .001	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Per quanto riguarda le persone residenti in Portogallo, come è possibile osservare in **Tabella 5**, la Non affermazione non è correlata significativamente a nessun indice ($p > .05$), mentre la Transfobia interiorizzata risulta essere correlata negativamente a due indici: all'indice (c) relativo ad attitudini negative sulla gravidanza TGD ($r = -0.376$; $p = 0.045$) all'indice (d) relativo ad attitudini negative legate alla genitorialità AFAB ($r = -0.441$, $p = 0.017$).

Tabella 6. Matrice di correlazione tra gli indici NA e IT (GMSR) e gli indici di attitudine alla genitorialità per il gruppo IT.

		GMSR	GMSR	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
		_NA	_IT					
GMSR_	<i>r di Pearson</i>	—						
NA								
	<i>gdl</i>	—						
	<i>valore p</i>	—						
GMSR_I	<i>r di Pearson</i>	0.357**	—					
T		*						
	<i>gdl</i>	86	—					
	<i>valore p</i>	< .001	—					
(a)	<i>r di Pearson</i>	0.214	-0.062	—				
	<i>gdl</i>	57	57	—				
	<i>valore p</i>	0.104	0.642	—				
(b)	<i>r di Pearson</i>	0.004	0.222*	-0.289*	—			
	<i>gdl</i>	84	84	55	—			
	<i>valore p</i>	0.969	0.040	0.029	—			
(c)	<i>r di Pearson</i>	0.100	0.011	-0.183	0.007	—		
	<i>gdl</i>	81	81	56	79	—		
	<i>valore p</i>	0.370	0.922	0.169	0.952	—		

(d)	<i>r di Pearson</i>	0.074	0.105	-0.226	-0.091	0.479***	—	
	<i>gdl</i>	79	79	55	77	79	—	
	<i>valore p</i>	0.510	0.350	0.090	0.427	< .001	—	
(e)	<i>r di Pearson</i>	-0.123	0.196	-0.329*	0.062	0.276*	0.527***	—
	<i>gdl</i>	49	49	49	48	49	49	—
	<i>valore p</i>	0.390	0.167	0.018	0.666	0.050	< .001	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Nel gruppo IT, come possiamo osservare in **Tabella 6**, non risultano correlazioni tra il fattore di Non Affermazione e gli indici, mentre è stata riscontrata una correlazione statisticamente significativa e positiva ($r=0.222$; $p<.05$) tra la Transfobia Interiorizzata e l'indice (b) relativo ad attitudini positive rispetto al legame genitoriale biologico.

Tabella 7. Matrice di correlazione tra gli indici ID ed SS (LGBIS) e gli indici di attitudine alla genitorialità per il campione totale.

		LGBIS_I	LGBIS_S	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
		D	S					
LGBIS_ID	<i>r di Pearson</i>	—						
	<i>gdl</i>	—						
	<i>valore p</i>	—						
LGBIS_SS	<i>r di Pearson</i>	0.485***	—					
	<i>gdl</i>	141	—					
	<i>valore p</i>	< .001	—					
(a)	<i>r di Pearson</i>	-0.124	0.196	—				
	<i>gdl</i>	89	89	—				

	<i>valore p</i>	0.240	0.063	—				
(b)	<i>r di Pearson</i>	0.067	0.167*	-0.242*	—			
	<i>gdl</i>	138	138	87	—			
	<i>valore p</i>	0.429	0.048	0.022	—			
(c)	<i>r di Pearson</i>	0.037	0.171	-0.065	-0.043	—		
	<i>gdl</i>	110	110	85	108	—		
	<i>valore p</i>	0.697	0.071	0.550	0.654	—		
(d)	<i>r di Pearson</i>	0.185	0.154	-0.006	-0.173	0.537***	—	
	<i>gdl</i>	108	108	84	106	108	—	
	<i>valore p</i>	0.053	0.107	0.958	0.073	< .001	—	
(e)	<i>r di Pearson</i>	0.213	0.238*	-0.143	0.016	0.384***	0.529**	—
							*	
	<i>gdl</i>	80	80	80	79	78	78	—
	<i>valore p</i>	0.055	0.031	0.199	0.890	< .001	< .001	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Per quanto riguarda i livelli di Sensibilità allo stigma sul gruppo totale (**Tabella 7**) è stata riscontrata una correlazione significativa e positiva con l'indice (b) relativo al valore attribuito al legame biologico con la prole ($r=0.167$; $p<0.05$). Considerando la presenza di differenze tra i due gruppi per quanto riguarda l'indice (b), sono state effettuate le correlazioni tra questo ed il fattore di SS, singolarmente per ogni gruppo. Non risultano esserci correlazioni significative ($p>0.05$) né per il gruppo PT ($r=0.242$) né per il gruppo IT ($r=0.077$), motivo per il quale la correlazione identificata sul gruppo totale non è stata considerata significativa ai fini della ricerca. L'indice (e) relativo alla paura dei cambiamenti corporei e psicologici in gravidanza risulta essere correlato positivamente ai livelli di sensibilità allo stigma ($r=0.238$; $p<0.05$). I livelli di Insoddisfazione dell'identità

non risultano essere correlati a nessun indice di attitudine, come mostrato in **Tabella 7**.

In tutte le analisi correlazionali, sono presenti correlazioni significative ($p < .001$) tra i fattori di minority stress presi in considerazione: Insoddisfazione dell'identità e Sensibilità allo stigma ($r = .485$), e Non affermazione e transfobia interiorizzata in Portogallo ($r = .493$) e in Italia ($r = .357$). Anche tra gli indici di genitorialità sono presenti correlazioni positive, all'interno del campione totale. Livelli di attitudine negativa verso la gravidanza AFAB (c) risultano essere correlati ad attitudini negative verso la genitorialità AFAB (d) ($r = .537$), e anche alle paure di modificazioni corporee e psicologiche in gravidanza (e) ($r = .384$). Attitudini negative rispetto alla genitorialità AFAB e paura legate alla gravidanza AFAB presentano una correlazione significativa e positiva tra loro ($r = .529$, $p < .001$).

5. Discussione e conclusioni

Il presente lavoro di ricerca ha avuto come obiettivo l'analisi di diversi aspetti relativi alla genitorialità nelle persone *transgender* e *gender diverse* (TGD). Desiderio, preferenze ed attitudini relative alla genitorialità sono stati esplorati attraverso un'indagine cross-culturale su un campione di persone residenti in Italia e in Portogallo. Inoltre, lo studio ha avuto come obiettivo l'esplorazione dei livelli di *minority stress* (MST, Meyer, 2006) e ipotizzato l'influenza dello stesso sulle attitudini riguardanti la genitorialità biologica all'interno del campione in esame.

I risultati, in linea con la letteratura più recente (Stonk et al., 2023), mostrano, nella maggior parte delle persone *transgender* del campione in esame, la presenza di desiderio (57.9%) ed intenzione (51.8%) di genitorialità. Il Portogallo sembra mostrare maggiore desiderio (60.4%) ed intenzionalità (66%) rispetto all'Italia (rispettivamente, 46.6% e 52.9%). Le persone all'interno del campione sono mediamente giovani in entrambi i gruppi, con una età media di 26.5 anni, e solo l'1.4% delle persone ha già avuto una figlia. La maggioranza delle persone (58.5%) ha già intrapreso il percorso medico di affermazione di genere al momento della compilazione, e rispetto al momento di preferenza in cui diventare genitori, più della metà (57.3%) manifesta la preferenza di avere figli dopo o durante il percorso di affermazione di genere.

In merito alle modalità preferenziali di filiazione, non sono presenti differenze significative all'interno dei due gruppi. L'opzione preferenziale risulta essere

l'adozione (25.7%), seguita dalla combinazione delle risposte adozione-tecniche di PMA (12.4%), di adozione-affido (9.7%), e gestazione per altri (6.2%). Osservando quanto emerso dall'indice relativo alle attitudini positive rispetto al legame biologico, risultano, anche in presenza di una differenza tra i due gruppi, in entrambi, bassi livelli di accordo rispetto ad affermazioni quali: "Penso che i figli biologici siano più amati dai genitori rispetto agli altri", oppure "Penso che il legame tra genitori e figli biologici sia migliore rispetto a quello con altri". In generale, non considerare il legame biologico come unicamente significativo, potrebbe riflettere una maggiore apertura verso altre opzioni, quali, come osservato all'interno della maggioranza del campione, l'adozione.

Anche se le modalità di preferenza sono simili all'interno dei due gruppi, l'accesso ai diversi percorsi risulta essere diverso in Italia e Portogallo. In Italia, le persone omosessuali o non coniugate/conviventi non possono accedere a tecniche di PMA (Legge n° 40, 2004) o all'adozione (Legge 184/1983). Di conseguenza, i singoli individui o le coppie omosessuali risultano essere esclusi, e anche le coppie eterosessuali possono accedere solo a seguito della rettifica anagrafica. In merito alla gestazione per altri, in Italia è vietata (Legge n° 40, 2004), mentre in Portogallo è accessibile solo nei casi di assenza di utero (Lei n. 90/2021), quindi accessibile unicamente a persone AFAB che non si vogliono sottoporre a trattamenti chirurgici. Il contesto portoghese risulta essere meno restrittivo: le coppie omosessuali e i singoli individui possono accedere alle procedure di PMA e di adozione. In ogni caso, è di comune accordo (Brown e Rogers, 2020) che l'adozione, a causa di tempistiche e procedure burocratiche molto lunghe, rimane un'opzione difficilmente realizzabile per le coppie che si discostano dai criteri

eterocisnormativi, anche a causa di una riconosciuta discriminazione istituzionale (Brown e Rogers, 2020).

Il desiderio di genitorialità biologica è presente solo in una minoranza dell'3 partecipanti e non risultano esserci differenze all'interno dei due contesti. Rispetto alla domanda "Hai mai desiderato di avere un figlio biologicamente tuo?" una percentuale che va dal 14.8% al 16.2% risponde in maniera affermativa in modo simile all'interno dei due gruppi italiano e portoghese. Tra chi, invece, esprime indecisione (19.7%) o riferisce di non avere mai avuto questo desiderio (25.4%), la maggioranza appartiene al gruppo delle persone residenti in Italia (14.8% e 40.9%). Anche tra chi riferisce di non considerare le opzioni di preservazione dei gameti (25.2%) e delle strutture atte al concepimento (40.4%), la maggioranza risulta appartenere al gruppo italiano. In Italia, pregiudizi culturali, protocolli medici ed ostacoli normativi limitano la possibilità di intraprendere un percorso di genitorialità biologica per le persone TGD e, legislativamente parlando, la genitorialità *transgender* non è riconosciuta e tutelata (TGEU, 2024; Scandurra et al., 2017), il che potrebbe spiegare la presenza di un minore desiderio di prole biologica e una minore considerazione dell'utilizzo di tecniche di preservazione della fertilità in futuro.

Un'ulteriore questione su cui la presente ricerca si è focalizzata riguarda i bassi tassi di utilizzo delle procedure di criopreservazione. Gli studi di ricerca riportano bassi livelli di utilizzo delle opzioni di criopreservazione tra chi manifesta un desiderio di genitorialità (Baram et al, 2018; Morrison et al., 2020; Stonk et al., 2023). Anche all'interno del nostro campione è possibile confermare questa tendenza: nonostante sia presente un desiderio di genitorialità nella maggioranza

dell'3 partecipanti, solo una piccola parte delle persone (il 4.9%) ha messo in atto le procedure e, tra chi non aveva già effettuato interventi chirurgici di natura affermativa al momento della compilazione, una minoranza del gruppo totale (22.4%) considera di farlo in un futuro. Alla luce di questi dati, è importante specificare, come precedentemente riportato, che solo una minoranza delle persone ha espresso la preferenza per una genitorialità biologica, ma anche che una buona parte del campione esprime incertezza in riferimento a questo desiderio: intenzioni, percezioni e modalità riguardanti la propria genitorialità possono variare a livello di intensità nel tempo (Chen et al., 2019; Strang et al., 2018).

Tutte le persone che hanno riferito di avere già effettuato la criopreservazione sono AMAB e la maggioranza residenti in Italia. Infatti, i costi e le modalità di criopreservazione per le persone AMAB risultano essere più accessibili e meno invasivi rispetto che per le persone AFAB (Coleman et al., 2022). Rispetto invece al contesto, la criopreservazione dei gameti risulta essere possibile in Italia ed i costi, comunemente riconosciuti come una delle barriere principali all'accesso di percorsi di genitorialità biologica (Baram et al., 2019; Defreyne et al., 2020), risultano essere simili rispetto a quelli del Portogallo, motivo per il quale è comune che le persone italiane considerano l'ipotesi di criopreservare con l'eventualità di portare avanti il percorso all'estero (Botteghi e Romanella, 2022).

Nonostante la genitorialità biologica insieme alle modalità di preservazione della fertilità non sembrano essere le modalità favorite, all'interno del campione totale sono state riscontrate attitudini mediamente positive rispetto alla genitorialità biologica *transgender*. Infatti, 13 partecipanti si mostrano, in maniera simile

all'interno dei due gruppi, mediamente in accordo con opinioni che sostengono un'idea di genitorialità al di là di quella unicamente cisnormativa e considerano, ad esempio, la possibilità per le persone *transgender* binarie e non binarie di portare avanti una gravidanza, o supportano la genitorialità biologica anche in persone che non si identificano necessariamente con il genere femminile.

In merito ai processi decisionali riguardanti modalità e preferenze di genitorialità, sono numerose le barriere percepite da adolescenti e adulti TGD (Stonk et al., 2023). Tra le più comuni, in relazione alla genitorialità biologica, troviamo il disagio legato a una parte del corpo con cui non ci si identifica, lo stress legato al pensiero di avere un figlio un giorno, e legato al fatto che questa scelta potrebbe influire sul percorso di transizione di genere, oltre al tempo, l'impegno e i costi necessari per avere unə bambinə (Morrison et al., 2020). In aggiunta a queste, anche la paura che la prole possa essere discriminata e non accettata in quanto figliə di genitori *transgender* e la paura del dover affrontare procedure mediche complesse (Morrison et al., 2020). Nel presente studio, sono stati inclusi tre indici nell'analisi esplorativa delle attitudini verso la genitorialità biologica *transgender*. Questi indici hanno permesso di approfondire il grado di accordo riguardo l'influenza di alcune barriere e paure nella decisione di considerare la genitorialità biologica o la gravidanza tra le persone TGD. L3 partecipanti esprimono livelli mediamente alti di accordo nell'indice attinente alle barriere alla gravidanza *transgender*. Si mostrano, infatti, d'accordo nel riconoscere come barriere alla gravidanza aspetti quali l'incoerenza percepita tra gestazione e identità di genere, la paura che ci siano ricadute sullo sviluppo fisiologico del feto, la paura di modificazioni fisiche ed il ruolo di eventuali vissuti disforici. In aggiunta,

è presente un alto livello di accordo nell'indice riguardante le barriere alla genitorialità biologica AFAB. I 3 partecipanti sostengono che le persone AFAB *transgender* non considerano l'ipotesi di diventare genitore per motivazioni quali la percezione di non essere adatte al ruolo di genitore, la paura di incoerenza con il proprio percorso affermativo o di vissuti disforici, come anche la paura di non essere supportate dalla propria rete sociale, di subire discriminazioni sociali o che la prole stessa possa subire conseguenze negative. Il terzo indice ha permesso di approfondire la percezione dei 3 partecipanti AFAB in prima persona: i risultati mostrano, anche in questo caso, livelli mediamente alti di paure legate ai cambiamenti psicologici e corporei di un'ipotetica gravidanza. Tra queste, la paura di non riuscire a riprendere il percorso affermativo di genere, se interrotto a causa della gravidanza, le preoccupazioni relative all'assunzione di estrogeni e all'interruzione dell'assunzione di testosterone, e paure connesse ad un vissuto di disforia di genere.

Un ulteriore aspetto approfondito all'interno del presente studio riguarda la presenza di *minority stress* e l'ipotesi che questo possa variare in base al contesto di appartenenza, portoghese o italiano. La *Minority Stress Theory* (MST) (Meyer, 2006; Testa et al., 2015; Hendricks e Testa, 2012) sostiene gli individui appartenenti a minoranze sessuali e di genere affrontano condizioni di stress aggiuntive che sono uniche, croniche e socialmente condizionate, in quanto tali condizioni sono parte integrante delle strutture sociali e culturali di appartenenza. In linea con questo, come ipotizzato, i livelli di *minority stress* riportati dai 3 partecipanti variano in base al contesto: gli aspetti legati all'insoddisfazione della propria identità di genere e alla transfobia interiorizzata sono differenti all'interno

dei due gruppi. Tuttavia, contrariamente all'ipotesi secondo la quale il gruppo portoghese, all'interno del quale la situazione giuridica e politica a supporto delle persone TGD risulta essere migliore (TGEU, 2015-2024), presenta minori livelli di MS, i partecipanti appartenenti al gruppo IT sembrano mostrare livelli minori di Non affermazione (NA), Transfobia interiorizzata (IT) e Sensibilità allo stigma (SS), rispetto al gruppo PT. Solo nei livelli espressi di Insoddisfazione rispetto all'identità (ID) sono mediamente maggiori nel gruppo IT. Alla luce di questi dati, è importante sottolineare che nostro studio si è focalizzato sui dati legati al supporto formale e legale in Portogallo riportato livello europeo (TGEU, 2023; ILGA Europe, 2024) ma non sull'effettivo impatto che questi aspetti hanno sull'3 partecipanti in esame. D'altra parte, nonostante il sostegno legale e strutturale, in Portogallo continuano a esistere prove di discriminazione in diversi ambiti della vita delle persone *transgender*, come la famiglia, le relazioni intime, la scuola, l'assistenza medica e il lavoro (Hilário e Marques, 2019; Neves et al., 2023). Inoltre, in linea con la MST, per poter comprendere l'impatto di fattori distali e prossimali, è necessario prendere in considerazione anche i fattori protettivi, che tendono a svilupparsi in risposta agli stressor, e quindi a mediare le esperienze negative vissute dalle persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere. Le persone TGD tendono a far fronte allo stigma attraverso risorse sia interne (ad esempio, sentimenti di orgoglio, sviluppo di resilienza) che esterne (ad esempio, la connessione con la comunità). Queste risorse permettono di integrare la propria identità all'interno del proprio Sé, promuovendo un processo di autoaffermazione e autoaccettazione (Amodeo et al., 2015; Scandurra, et al., 2017; 2019). I livelli di MS all'interno dei due contesti potrebbero essere mitigati

da fattori protettivi individuali e contestuali che non sono stati presi in considerazione all'interno della presente analisi, e che potrebbero potenzialmente giustificare i livelli maggiori di MS all'interno del gruppo portoghese.

Infine, partendo dal presupposto che fattori di MS, sia distali che prossimali, hanno un impatto negativo sulle esperienze di vita delle persone appartenenti ad una minoranza (Meyer, 2006), e sono correlati alla manifestazione di problemi psicologici, come depressione, ansia e somatizzazione in persone TGD (Scandurra et al. 2017), è stato ipotizzato che questi possano avere un impatto sulle opinioni relative alla genitorialità biologica.

Tra I3 partecipanti AFAB, livelli maggiori di sensibilità allo stigma corrispondono a maggiori paure legate ai cambiamenti corporei e psicologici in gravidanza. Maggiori livelli di stress e aspettative negative legate alla propria identità di genere risultano essere quindi connesse a maggiori paure relative a rischi e cambiamenti, sia fisici che psicologici, di una ipotetica gravidanza.

All'interno del gruppo italiano, a maggiori attitudini positive rispetto al legame biologico con la prole, corrisponde una maggiore transfobia interiorizzata. Ovvero, chi, tra I3 residenti in Italia, considera il legame biologico genitore-figlio come maggiormente significativo rispetto agli altri, presenta maggiori livelli di aspettative negative di discriminazione legate alla propria identità di genere.

Nel gruppo residente in Portogallo, a minori livelli di transfobia interiorizzata corrispondono maggiori livelli di riconoscimento delle barriere rispetto alla genitorialità e alla gravidanza in persone TGD. Il livello accordo riportato si

riferisce al grado di riconoscimento di una serie di elementi negativi come influenti nella scelta di genitorialità biologica in persone TGD. Tra questi, elementi quali l'incoerenza della suddetta scelta rispetto al proprio percorso affermativo di genere, la paura di subire discriminazioni per il fatto di essere un genitore *transgender*, la paura che la prole possa subire discriminazioni, la preoccupazione di non avere un supporto sociale. Di conseguenza, nel gruppo portoghese, a minori livelli di aspettative negative, ansiose o di rifiuto legate alla propria identità di genere, corrisponde un maggiore riconoscimento dell'influenza di questi fattori sulle scelte relative alla genitorialità biologica. In questo caso, minori livelli di MS potrebbero riflettere una maggiore consapevolezza delle barriere che le persone TGD devono affrontare se considerano l'ipotesi di diventare genitori biologici.

È possibile concludere che, in linea con la nostra ipotesi, alcuni fattori di *minority stress* hanno un'influenza, in modalità ed intensità differenti, su opinioni ed attitudini dell'3 partecipanti riguardanti la genitorialità biologica. Tuttavia, è fondamentale riconoscere la complessità di queste relazioni e, nella loro interpretazione, considerare l'influenza dei fattori positivi di protezione, sia contestuali che individuali.

Un limite fondamentale della presente ricerca è dato dalla ridotta dimensione del campione totale, e dalla differenza di numerosità dei due gruppi IT e PT. Infatti, il numero di persone reclutate in Portogallo (N=55) risulta essere nettamente inferiore rispetto a quelle reclutate in Italia (N=88). Inoltre, il reclutamento è avvenuto in maniera differente per quanto riguarda i due gruppi: nel gruppo IT la maggior parte dell'3 partecipanti ha avuto accesso al questionario

scannerizzando un QR code e/o tramite la condivisione su social media, il che potrebbe risultare un campo maggiormente accessibile a persone che sono solite utilizzare queste modalità. All'interno, invece, del gruppo PT la maggioranza delle persone è stata reclutata all'interno di un contesto ospedaliero, a seguito o prima di visite con professionisti sanitari, motivo per il quale è importante prendere in considerazione la possibilità che le loro risposte siano state influenzate da un *bias* di desiderabilità sociale (anche se, d'altra parte, l'anonimità del questionario è stata esplicitamente comunicata ad ogni singolo partecipante). Di conseguenza, i dati riportati all'interno della presente ricerca non risultano essere generalizzabili alla popolazione TGD in generale, come anche alla popolazione TGD residente in Italia e in Portogallo.

Un altro limite è dato dal fatto che, all'interno del campione totale, la maggior parte delle persone fossero AFAB, motivo per il quale le informazioni riportate potrebbero essere non particolarmente significative per la popolazione AMAB.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, è importante sottolineare il limite linguistico: su due questionari utilizzati, e quindi quattro versioni considerando l'utilizzo in entrambi i contesti PT ed IT, solo due versioni risultavano essere state validate precedentemente. Due delle traduzioni sono state effettuate dal gruppo di ricerca e non sono presenti informazioni riguardanti l'affidabilità interna di questi strumenti all'interno del campione in esame.

Nonostante le limitazioni qui presentate, il presente lavoro di ricerca si presenta come originale all'interno della letteratura, grazie alla scelta di approfondire le questioni di genitorialità e *minority stress* in persone TGD all'interno di un'ottica

trans-culturale. Infatti, la letteratura che riguarda la salute mentale e fisica delle persone transgender risulta essere ridotta, e quella che riguarda, nello specifico, le questioni di genitorialità, risulta essere particolarmente limitata. Sono numerosi gli ostacoli riportati dalle persone *transgender* alla progettazione e all'accesso a percorsi di percorsi di genitorialità biologica (Morrison et al., 2020; Stolk et al., 2023). Tra questi, i fattori socio-culturali e contestuali risultano avere un'influenza rilevante nello stigma e nel pregiudizio vissuto dalle persone *transgender*, il che potrebbe influire sulle preferenze e scelte di genitorialità. Affinché i risultati di questa ricerca possano essere considerati maggiormente consistenti, è necessario che studi futuri approfondiscano le relazioni tra le variabili prese in considerazione, insieme al ruolo del contesto socio-culturale, su campioni maggiormente rappresentativi della popolazione TGD, in generale, e dei singoli contesti italiano e portoghese. In aggiunta, includere, oltre ai fattori distali e prossimali, quelli protettivi, permetterebbe di avere un quadro più completo delle relazioni esistenti, al fine di realizzare interventi mirati a ridurre il MS e a promuovere una maggiore inclusività e supporto per le persone TGD che desiderano 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. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>

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. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive biomedicine online*, *41*(3), 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.

Amodeo, A. L., Picariello, S., Scandurra, C., & Valerio, P. (2015). Identity and peer group in transgender people: Some reflections from an Italian experience. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, *6*(2), 21–35.

Armund, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, *32*(2), 383–390. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>.

Auer MK, Fuss J, Nieder TO, Briken P, Biedermann SV, Stalla GK, Beckmann MW, Hildebrandt T. Desire to have children among transgender people in Germany: a cross-sectional multi-center study. *J Sex Med* 2018; *15*:757–767.

Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>.

Bass M, Gonzalez LJ, Colip L, Sharon N, Conklin J. Rethinking gender: The nonbinary approach. *Am J Health Syst Pharm*. 2018 Nov 15;75(22):1821-1823. doi: 10.2146/ajhp180236. Epub 2018 Sep 18. PMID: 30228164.

Beek, T. F., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions. *The journal of sexual medicine*, 12(11), 2201–2205. <https://doi.org/10.1111/jsm.13033>

Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: an assisted journey. *Theol. Sex.* 19, 225–231. doi: 10.1016/j.sexol.2010.09.003.

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

Brown C. (2021). Exploring trans people's experiences of adoption and fostering in the United Kingdom: A qualitative study. *International journal of transgender health*, 22(1-2), 89–100. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1867396>.

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.

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.

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. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International journal of transgender health*, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

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>.

Crapanzano, A., & Mixon, L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Rivista di psichiatria*, 57(1), 44–54 <https://doi.org/10.1708/3749.37327>.

Crapanzano, A., Carpiello, 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 JM, Lopes D, hilarimo CG, Nogueira C.(2012), Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale (LGBIS): Construct Validation, Sensitivity Analyses and other Psychometric Properties. *The Spanish journal of psychology*. 15(1):334-347. doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37340.

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

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

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97

Decreto N. 216/2003, 13 Ago 2003. Retrieved from: https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/D.Lgs.%209%20luglio%202003,%20n.%20216.pdf.

Decreto-Lei n.º 48/95, de 23 de setembro. Diário da República, n.º 63/1995, Iª Série-A. Ministério da Justiça (Revisão e republicação do Código Penal aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro) <https://dre.pt/dre/legislacaoconsolidada/decreto-lei/1995-34437675>.

Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K., & T'Sjoen, G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned male at birth transgender people living in Belgium. *International journal of transgender health*, 21(1), 45–57. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692750>

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 Union Agency for Fundamental Rights (FRA) 2019. A long way to go for LGBTI equality. Retrieved 10 August 2021 (<https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbtisurvey-results>).

Eustache, F., Drouineaud, V., Mendes, N., Delépine, B., Dupont, C., Mirallié, S., Papaxanthos, A., Metzler-Guillemain, C., Rives-Feraille, A., Magnan, F., Grèze, C., Hennebicq, S., Koscinski, I., Drapier, H., Frapsauce, C., Mayeur, A.,

Carlotti, M. A., Mons, J., Schmitt, F., May-Panloup, P., ... Rives, N. (2021). Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals: The current situation within the French CECOS network. *Andrology*, 9(6), 1790–1798. <https://doi.org/10.1111/andr.13075>.

Freedman D, Tasker F, di Ceglie D. Children and Adolescents with Transsexual Parents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: A Brief Report of Key Developmental Features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2002;7(3):423-432. doi:10.1177/1359104502007003009

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

Gheno, V. (2021). *Femminili singolari: il femminismo è nelle parole*. Seconda edizione. Firenze: Effequ.

Gheno, V. (2022). *Chiamami così: normalità, diversità e tutte le parole nel mezzo*. Trento: Il Margine.

Green, R. (1998). Transsexuals' Children. *International Journal of Transgenderism*, 4(2), available from <http://www.symposion.com/ijt/ijtco601.html>.

Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing Patient-Centered Perinatal Care for Transgender Men and Gender-Diverse Individuals: A Collaborative Multidisciplinary Team Approach. *Obstetrics and gynecology*, 134(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003506>.

Haines, B. A., Ajayi, A. A., and Boyd, H. (2014). Making trans parents visible: intersectionality of trans and parenting identities. *Femin. Psychol.* 24, 238–247. doi: 10.1177/0959353514526219.

Hassan, A., Perini, J., Khan, A., & Iyer, A. (2022). Pregnancy in a Transgender Male: A Case Report and Review of the Literature. *Case reports in endocrinology*, 2022, 6246867. <https://doi.org/10.1155/2022/6246867>.

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>.

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Hilário, A. P., & Marques, A. C. (2019). Trans youth in Portugal: gendered embodiments. *Culture, Health & Sexuality*, 22(9), 1047–1062. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1649464>

Hunger, S. (2012). Commentary: Transgender People Are Not That Different after All. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 21(2), 287–289. doi:10.1017/S0963180111000818

Ilga Portugal, 2008. A lei de identidade de gênero. Impacto e desafios da inovação legal na área do (trans)gênero. Retrieved from: https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/LIG/Relatorio_Resultados_projeto_EEA.pdf.

Ilga Rainbow Europe, 2023. Retrieved from: <https://www.ilga-europe.org/rainbow-europe/>.

Kendra, M. S., & Mohr, J. J. (2008, August). Development of the lesbian, gay, and bisexual identity scale. Poster session presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. Boston, MA.

Kreukels BP, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Gijs L, Cohen-Kettenis PT. A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative. *Eur Psychiatry* 2010; doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.009.

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-4f8e-83f1-c69fa4e6e0e7&tabID=0.29583542893736436&title=Atto%20multivigente&bloccoAggiornamentoBreadCrumb=true>.

Legge n. 40, 19 febbraio 2004. Retrieved from: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/02/24/004G0062/sq>.

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%20Cria%20o,d%C3%A9cima%20s%C3%A9tima%20altera%C3%A7%C3%A3o%20do%20C%C3%B3digo%20do%20Registo%20Civil>.

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. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>.

Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., Mangray, S., Mannan, A. A. S. R., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation

<https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>.

Mattawanon, N., Kummaraka, U., Oon-Arom, A., Manojai, N., & Tangpricha, V. (2021). Reproductive desires in transgender and gender diverse adults: A cross-sectional study in Thailand. *International journal of transgender health*, 23(3), 362–374. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1864560>

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.

Meyer I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. Northridge ME, editors. *The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York: Springer. p. 242–67.

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.

Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of Exogenous Testosterone on Reproduction in Transgender Men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endocr/bqaa014>

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.

Moss, GE. (1973). *Illness, immunity, and social interaction*. New York: Wiley

MURPHY, T. F. (2012). Commentary: Crossing Cultural Divides: Transgender People Who Want to Have Children. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 21(2), 284–286. doi:10.1017/S0963180111000806.

Neves, S., Borges, J., Ferreira, M., Correia, M., Sousa, E., Rocha, H., Silva, L., Allen, P., & Vieira, C. P. (2023). A literature review on violence and discrimination against trans people in Portugal: Are we still living in a dictatorship? *Sexualities*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/13634607231197059>

Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>.

Parigiani, R. (2024); Minori Transgender: la rettificazione delle persone trans più piccole, in *Diritto civile, diritto di famiglia e dei minori*; Retrieved from <https://www.studiolegaleparigiani.it/minori-transgender/>.

Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2008). Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a gender-focused network. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 20(3), 203–220. <https://doi.org/10.1080/10538720802235179>.

Rede ex æquo, 2023. Guia Sobre Saúde e Leis Trans em Portugal: Recursos e Procedimentos. Retrieved from: <https://rea.pt/imgs/uploads/guia-trans-2023.pdf>.

Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2017). Decompensation: A Novel Approach to Accounting for Stress Arising From the Effects of Ideology and Social Norms. *Journal of homosexuality*, 64(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>.

Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544–553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>.

Sandrone, G. (2017). Scuola inclusiva: una ricercar-azione per la professionalità docente. *Formazione lavoro persona*, 20(7), 37-50.

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. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>

Scandurra, C., Bochicchio, V., Dolce, P., Caravà, C., Vitelli, R., Testa, R. J., & Balsam, K. F. (2020). The Italian validation of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(2), 208–221. <https://doi.org/10.1037/sgd0000366>.

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.

Singh A, Dickey LM. Affirmative counseling with transgender and gender nonconforming clients. In: DeBord KA, Fischer AR, Bieschke KJ, Perez RM (eds). *Handbook of sexual orientation and gender diversity in counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 2017.

Singh, A. A., & dickey, I. m. (2017). Affirmative counseling with transgender and gender nonconforming clients. In K. A. DeBord, A. R. Fischer, K. J. Bieschke, & R. M. Perez (Eds.), *Handbook of sexual orientation and gender diversity in counseling and psychotherapy* (pp. 157–182). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/15959-007>.

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*, 102312.

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.

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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00865>

Taub RL, Ellis SA, Neal-Perry G, Magaret AS, Prager SW, Micks EA. The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(2).

Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195–204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>.

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), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Thoits, P. (1999). Self, identity, stress, and mental health. In Aneshensel, CS., Phelan, JC. (A cura di). *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 345-368). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>.

Transgender Europe TGEU trans rights map, 2023. Retrieved from: <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>.

T'Sjoen, G., Van Caenegem, E., & Wierckx, K. (2013). Transgenderism and reproduction. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 20(6), 575–579. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436184.42554.b7>

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), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>

Von Doussa, H., Power, J., and Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Cult. Health Sex.* 17, 1119–1131. doi: 10.1080/13691058.2015.1042919.

Walton, E., Abhari, S., Tangprocha, V., Futral, C.; & Mehta, A. (2022). Family Planning and Fertility Counseling Perspectives of Gender Diverse Adults and Youth Pursuing or Receiving Gender Affirming Hormone Therapy. *Gender affirming Surgery, Urology*, 171, 244-250. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.urology.2022.10.007>.

White T, Ettner R. Disclosure, Risk and Protective Factors for Children Whose Parents Are Undergoing a Gender Transition. *J Gay Lesbian Psychother* 2008;8:129–45.

Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher A, Toye K. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med*;11(8):1999e2011.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., ... & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487.

World Health Organization (2021). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>.