



**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**

**Impatto della pandemia da Covid-19 sulla salute mentale  
delle persone transgender e non binary in Italia**

Impact of the Covid-19 pandemic on the mental health  
of transgender and non binary people in Italy

*Relatrice*

**Prof.ssa Marina Miscioscia**

*Correlatore esterno*

**Dott. Alessio Gubello**

**Laureanda: Veronica Della Casa**

**Matricola: 2022877**

Anno Accademico 2021/2022

## INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
 <b>CAPITOLO 1</b>	
<b>EFFETTI CORRELATI ALLA PANDEMIA DA COVID-19 SULLA QUALITA' DELLA VITA .....</b>	<b>4</b>
1.1 Provvedimenti restrittivi messi in atto per contrastare la pandemia da Covid-19 ..	4
1.2 Ripercussioni sulla salute mentale della popolazione in Italia .....	9
1.3 Vulnerabilità della comunità transgender e non binary .....	14
 <b>CAPITOLO 2</b>	
<b>MINORITY STRESS E SALUTE MENTALE .....</b>	<b>18</b>
2.1 Il Modello del Minority Stress .....	18
2.2 Minority stress nelle minoranze di genere .....	22
2.3 Effetti del minority stress sulla salute mentale delle persone transgender e non binary .....	25
 <b>CAPITOLO 3</b>	
<b>METODOLOGIA DELLA RICERCA .....</b>	<b>32</b>
3.1 Obiettivi.....	32
3.2 Partecipanti .....	33
3.3 Strumenti .....	36
 <b>CAPITOLO 4</b>	
<b>ANALISI DEI RISULTATI .....</b>	<b>42</b>
4.1 Cambiamenti nella vita quotidiana causati dalle restrizioni .....	43
4.2 Atteggiamenti verso le restrizioni .....	48
4.3 Conseguenze psicosociali della pandemia da Covid-19 .....	54
4.4 Stigma sociale percepito e vissuto .....	60
4.5 Atteggiamenti verso lo stigma sociale.....	65

**CAPITOLO 5**

**DISCUSSIONE .....69**

5.1 Limiti, punti di forze e prospettive future.....75

**CONCLUSIONE .....78**

**BIBLIOGRAFIA .....79**

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi si propone l'obiettivo di esplorare il vissuto delle persone transgender e non binary durante l'emergenza sanitaria della pandemia da Covid-19 in Italia. In particolare, l'interesse di chi scrive è volto ad indagare l'impatto delle numerose variabili sopraggiunte in questo particolare periodo storico sulla salute mentale e sul benessere di una categoria di persone che già nella quotidianità si trova a dover fronteggiare numerose sfide individuali e sociali. La scelta di utilizzare una metodologia qualitativa caratterizzata dall'utilizzo di interviste semi strutturate è motivata dal desiderio di acquisire nel modo più spontaneo, completo e pertinente le impressioni e le esperienze degli individui coinvolti. Ad oggi gli studi presenti in letteratura che si occupano di indagare tale tematica non sono numerosi, in particolar modo per quanto riguarda la popolazione italiana. Pertanto, sono disponibili ancora poche informazioni riguardo a quali possano rappresentare fattori di rischio e fattori di protezione per il benessere psicologico delle persone transgender e non binary, motivo per cui tale ricerca acquisisce significato nell'ottica di promuovere una maggiore sensibilità collettiva, nonché di migliorare i sistemi sanitari e assistenziali attualmente operativi.

Lo studio si articola in cinque distinti capitoli: nel primo viene proposta una panoramica delle misure restrittive applicate dal governo italiano durante la pandemia da Covid-19 e l'impatto che queste hanno avuto sulla salute mentale della popolazione generale e più nello specifico sul campione di interesse della ricerca, ovvero la comunità transgender e non binary. Nel secondo capitolo invece si è scelto di analizzare una delle principali componenti che influenzano negativamente il benessere psicologico delle persone transgender e non binary: il minority stress. A tal proposito viene proposto il Modello di Minority Stress teorizzato da Meyer (2003) e successivamente vengono esplicitate le sue implicazioni in relazione all'identità di genere. Nel terzo capitolo viene approfondito il presente studio con particolare attenzione agli obiettivi proposti, alle caratteristiche del campione preso in considerazione e allo strumento metodologico utilizzato, vale a dire la Thematic Analysis di Braun e Clarke (2006). All'interno degli ultimi due capitoli, infine, sono contenuti, rispettivamente, i risultati emersi dall'indagine e una loro discussione critica alla luce delle informazioni presenti nella letteratura più aggiornata.

## **CAPITOLO 1**

### **EFFETTI CORRELATI ALLA PANDEMIA DA COVID-19 SULLA QUALITÀ DELLA VITA**

#### **1.1 Provvedimenti restrittivi messi in atto per contrastare la pandemia da Covid-19 in Italia**

Per poter indagare gli effetti della pandemia da Covid-19 sulla qualità di vita delle persone in Italia è necessario prima approfondire nel modo più esaustivo possibile quelle che sono state le azioni principali intraprese dal Governo italiano per fronteggiare l'emergenza sanitaria e quali implicazioni hanno avuto sull'organizzazione sociale della popolazione. L'evento scatenante che ha provocato lo sconvolgimento della vita di miliardi di persone è riconducibile al 30 gennaio 2020 quando, in seguito alla segnalazione da parte della Cina di un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di Emergenza Sanitaria Pubblica di Portata Internazionale. Con tale dicitura si intende qualsiasi "evento straordinario che è determinato a costituire un rischio per la salute pubblica per altri Stati attraverso la diffusione internazionale di malattie e che potenzialmente richiede una risposta internazionale coordinata" (WHO, 2005). Immediatamente, numerosi Stati si sono mobilitati per attuare misure restrittive finalizzate al contenimento della trasmissione dell'agente patogeno identificato come virus Sars-CoV-2 responsabile della malattia infettiva da coronavirus (Covid-19). Anche il Governo italiano, adottando il principio precauzionale come politica d'azione cautelativa, ha confermato lo stato di emergenza della durata di 6 mesi (Delibera 31 gennaio 2020) e ha attuato sin da subito le misure di sicurezza che verranno qui di seguito esposte.

In un primo momento l'intervento si è limitato all'implementazione dei controlli aeroportuali per i cittadini provenienti dalla zona sede del focolaio epidemico, sino alla sospensione ufficiale di tutti i voli diretti e in arrivo dalla Cina. Quando, però, sono comparsi i primi casi di positività anche tra la popolazione italiana, è risultato necessario

introdurre misure di controllo su vasta scala, quali la misurazione della temperatura corporea, l'utilizzo di tamponi antigenici e molecolari, le procedure per il tracciamento dei contatti e l'isolamento quarantenario dei contatti stretti con un caso risultato positivo. Inoltre, è stata disposta la sorveglianza attiva con permanenza domiciliare fiduciaria per chi è stato nelle aree a rischio negli ultimi 14 giorni, con obbligo di segnalazione da parte del soggetto interessato alle autorità sanitarie locali. Nei giorni successivi sono state gradualmente introdotte nuove misure di contenimento del contagio per quanto riguarda lo svolgimento delle manifestazioni sportive, delle attività culturali e del turismo ed è stata annunciata la sospensione in tutta Italia delle attività didattiche negli istituti scolastici e nelle università. La svolta più significativa è stata introdotta con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, che ha previsto la creazione di un'unica area, comprendente il territorio della Regione Lombardia e di altre 14 Province dell'Emilia-Romagna, del Piemonte, del Veneto e delle Marche, all'interno della quale è stata prevista l'applicazione di misure rafforzate di contenimento dell'infezione identificabili con il termine di "lockdown". Queste misure, successivamente soggette a uniforme applicazione sul resto del territorio nazionale, comprendevano il divieto di ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico e la limitazione degli spostamenti delle persone fisiche in entrata e in uscita e all'interno dei territori a contenimento rafforzato, fatta eccezione per motivi di comprovate esigenze lavorative, situazioni di necessità o motivi di salute. È comunque stato consentito il rientro alla propria residenza, domicilio o abitazione. Per controllare l'effettiva osservanza di tali restrizioni è stato introdotto l'obbligo di munirsi di un'autocertificazione volta a confermare i motivi del proprio spostamento. Le condizioni che hanno determinato questo lockdown, denominato successivamente "Fase 1", sono durate sino al 3 maggio 2020 e hanno visto confinate nelle loro case oltre 60 milioni di persone. Con l'emanazione di un nuovo ordinamento, è stata annunciata la chiusura di tutte le attività commerciali ad eccezione dei negozi di generi alimentari e di prima necessità. L'attivazione della didattica a distanza (DaD), modalità di apprendimento che avviene senza la presenza di insegnanti e studenti in un'aula fisica, ma si avvale invece di strumenti online come le piattaforme digitali, è divenuta obbligatoria in tutte le scuole e università italiane.

Successivamente è stato proibito l'accesso del pubblico alle aree gioco e ai giardini pubblici e lo svolgimento di attività ricreative all'aperto (Ordinanza 20 marzo 2020). A

tal proposito è stato consentito svolgere attività motoria solo individualmente e in prossimità della propria abitazione, nel rispetto della distanza di almeno un metro da ogni altra persona. Inoltre, è stato vietato a tutte le persone di spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in un comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative o per motivi di salute. Al fine di contenere e contrastare i rischi sanitari e il diffondersi del contagio, è stato previsto che le misure potessero essere adottate su specifiche parti del territorio nazionale oppure sulla totalità di esso per periodi predeterminati di durata non superiore a trenta giorni. L'applicazione delle misure poteva essere modulata in aumento o in diminuzione, secondo l'andamento epidemiologico del virus e secondo criteri di adeguatezza specifica e in proporzione alla portata dell'effettivo rischio. Coerentemente a questa linea d'azione, nel corso della pandemia, il Consiglio dei Ministri ha convenuto opportuno effettuare numerose proroghe e implementazioni dei provvedimenti vigenti.

Il periodo compreso tra il 4 maggio 2020 e il 14 giugno, noto anche come “Fase 2”, è stato caratterizzato da una diminuzione del numero dei contagi, grazie alla quale è stato possibile pianificare una ripresa graduale nei diversi settori delle attività sociali, economiche e produttive attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e relazionali, che tenessero conto delle esigenze di contenimento e prevenzione dell'emergenza e garantissero la sicurezza nei luoghi di lavoro (Dpcm 26 Aprile 2020). In linea con questa decisione, sono state abolite alcune restrizioni, quali l'isolamento sociale, ed è stato consentito lo spostamento nel territorio regionale per fare visita all3 congiunt3, sempre mantenendo la distanza di almeno un metro e con l'uso obbligatorio di mascherine e guanti. Poco dopo è stato rimosso anche il divieto dello spostamento fra Regioni diverse e l'utilizzo obbligatorio dell'autodichiarazione da esibire alle autorità competenti.

Dal 15 giugno 2020 al 7 ottobre 2020 è stata attraversata la cosiddetta “Fase 3”, contraddistinta dalla ripresa di molte attività ricreative, ad eccezione di sale da ballo e discoteche, dalla ripresa delle competizioni sportive all'aperto senza la presenza del pubblico, dal regolare avvio dell'anno scolastico e dalla riorganizzazione del trasporto pubblico locale (Dpcm 11 giugno 2020). Inoltre, è stata avviata, in tutto il territorio nazionale, l'app Immuni, un nuovo sistema di tracciamento in grado di segnalare se si è stati a contatto con una persona positiva al SARS-CoV-2.

La percezione di essere usciti dalla situazione emergenziale non è durata a lungo, infatti, nell'autunno dello stesso anno, l'Italia si è trovata a dover fronteggiare una nuova ondata epidemiologica che ha necessitato una mobilitazione immediata. A tal proposito con il Dpcm del 7 ottobre 2020 è diventato obbligatorio l'uso di dispositivi di protezione delle vie respiratorie, comunemente conosciuti come mascherine, sia nei luoghi all'aperto sia al chiuso. Successivamente sono state emanate nuove indicazioni sulla durata e il termine dell'isolamento e della quarantena: le persone asintomatiche positive sarebbero potute rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale fosse risultato eseguito un test molecolare con risultato negativo; le persone sintomatiche positive sarebbero potute rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi; le persone che, pur non presentando più sintomi, continuavano a risultare positive al test molecolare, in caso di assenza di sintomatologia da almeno una settimana, avrebbero potuto interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla scomparsa dei sintomi; infine, i contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, avrebbero dovuto osservare un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso oppure un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

La crescita della curva epidemiologica e il sovraccarico delle strutture sanitarie hanno richiesto la pianificazione di un nuovo tipo di intervento differenziato in base al numero di persone che potevano essere contagiate da una sola (indice  $R_t$ ) e al numero di contagi ogni 100 000 abitanti. Con il Dpcm del 3 novembre 2020 sono state individuate tre aree corrispondenti ai differenti livelli di criticità che caratterizzano le Regioni del Paese e per le quali sono previste misure specifiche. Nella fascia riservata alle Regioni a rischio di massima gravità, con scenario di tipo 4 (Area rossa) sono state concentrate le misure più restrittive, quali l'introduzione del coprifuoco dalle 22.00 alle 5.00, il divieto di circolazione non giustificata, la DaD dalla seconda media, la chiusura dei servizi di ristorazione, negozi e mercati al dettaglio, di cinema, teatri e musei, centri sportivi, sale scommesse, parrucchieri ed estetisti e il divieto di convegni, congressi e fiere; nella fascia per le Regioni a rischio alto ma compatibili con lo scenario di tipo 3 (Area arancione) sono state previste alcune misure meno restrittive rispetto all'Area rossa, come la

possibilità di spostamento ma solo nei confini del proprio Comune, la chiusura dei centri commerciali e dei musei nel fine settimana e la DaD dalle scuole superiori; nella terza fascia, rientrano le restanti Regioni con scenario di tipo 2 (Area gialla) e restrizioni che si differenziano, ad esempio, per la libera circolazione all'interno della Regione e la chiusura dei servizi di ristorazione solo dalle 18.00. In un secondo momento è stato istituito un ulteriore scenario di tipo 1 (Area bianca), nella quale sono state collocate le Regioni con un livello di rischio basso, all'interno delle quali non valgono più le restrizioni delle altre Aree, ma le attività si svolgono secondo specifici protocolli che comprendono comunque l'obbligo di mascherina e distanziamento fisico, la possibile istituzione di zone rosse locali e la sospensione di attività più a rischio. In corrispondenza dei periodi di festività del Natale (DI 2 dicembre 2020) e della Pasqua (DI 13 marzo 2021) le misure già in vigore sono state rese più stringenti con lo scopo di prevenire i possibili contagi dovuti ad una maggiore circolazione delle persone sul territorio. A tal proposito, è opportuno osservare che le restrizioni alla mobilità individuale sono state gli strumenti privilegiati perché alquanto efficaci nel contenere la circolazione delle persone e del virus. Tuttavia, bisogna tenere conto del fatto che le misure sono state introdotte e successivamente rimosse in modo diversificato sul territorio nazionale. Questo, purtroppo non ha tenuto conto delle condizioni socioeconomiche locali causando importanti conseguenze sulla struttura dei mercati del lavoro (Caselli et al., 2020)

Nella primavera del 2021 si è andati incontro ad un nuovo equilibrio che ha permesso una progressiva eliminazione delle restrizioni e la ripresa del normale svolgimento delle attività (Dpcm 22 aprile 2021). Una novità importante che ha permesso questo è stata il rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass), in formato cartaceo o digitale, disponibile per coloro che hanno ricevuto la prima dose di vaccino anti-SARS-CoV-2 con validità dal quindicesimo giorno successivo alla somministrazione fino alla data prevista per il completamento del ciclo vaccinale, per coloro che hanno completato il ciclo vaccinale anti-SARS-CoV-2 con validità di 9 mesi, per coloro che sono guariti da Covid-19 con validità di 6 mesi e per coloro che hanno effettuato un test antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 con validità di 48 ore (per il rapido) o di 72 (per il molecolare). In seguito, sono state definite le modalità di utilizzo del Green Pass, la cui obbligatorietà è stata estesa prima in ambito scolastico, della formazione superiore e socio sanitario-assistenziale e in un secondo momento anche

in ambito lavorativo. A tal proposito è stato rafforzato il sistema di screening mediante la fornitura di strumenti informatici che consentono una verifica quotidiana e automatizzata del possesso delle certificazioni.

In considerazione dell'andamento positivo della curva epidemiologica e dello stato di attuazione del piano vaccinale, nei mesi successivi sono stati modificati i parametri di ingresso nelle aree colorate, in modo che assumessero principale rilievo l'incidenza dei contagi e il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva (Dl 23 luglio 2021). Inoltre, il coprifuoco è stato gradualmente ridotto fino ad essere abolito. Nell'inverno del 2021 una nuova ondata della pandemia ha richiesto l'introduzione di nuovi provvedimenti rispetto all'introduzione del terzo richiamo, all'estensione dell'obbligo vaccinale a nuove categorie, all'istituzione del Green Pass rafforzato ottenibile con il completamento del ciclo vaccinale e con la guarigione per accedere a diverse attività pubbliche e al rafforzamento dei controlli e delle campagne promozionali sulla vaccinazione (Dl 26 novembre 2021). Inoltre, è stata ridotta la durata del Green pass vaccinale (da 9 a 6 mesi) ed è stato aggiunto l'obbligo di indossare le mascherine anche all'aperto e anche in zona bianca, oltre all'obbligo di indossare le mascherine di tipo FFP2 su tutti i mezzi di trasporto e in occasione di spettacoli in locali di intrattenimento e durante gli eventi sportivi.

Dopo più di due anni durante i quali la popolazione italiana ha visto drasticamente alterata la propria realtà quotidiana, il Governo ha dichiarato il 31 marzo 2022 la data ufficiale della cessazione dello stato di emergenza e ha promulgato nuove disposizioni per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da Covid-19 (Dl 17 marzo 2022) che comprendono, tra le altre, il decadimento della classificazione delle regioni in base allo scenario di rischio e l'obbligo di quarantena solo per i casi positivi e non più per i contatti stretti.

## **1.2 Ripercussioni sulla salute mentale della popolazione in Italia**

Come è stato appena mostrato, le misure di sicurezza intraprese dal Governo italiano per contrastare il contagio epidemiologico sono state numerose e hanno avuto un

considerevole impatto sulla vita delle persone coinvolte, che si sono trovate costrette a cambiare improvvisamente la propria routine quotidiana e le relazioni interpersonali. Le conseguenze di questa situazione sulla salute mentale sono state riscontrate sin da subito, così come era possibile aspettarsi. Infatti, prima dell'avvento della pandemia da Covid-19, diversi studi si erano occupati di indagare le possibili conseguenze delle emergenze di salute pubblica e dei relativi requisiti di quarantena obbligatoria e avevano suggerito che potessero rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza e l'aumento della gravità di disturbi psicopatologici come depressione, disturbo post traumatico da stress e ansia (Brooks et al., 2020; Hawryluck et al., 2004; Di Giovanni et al., 2004; Jeong et al., 2016). In particolare, è emerso che condizioni specifiche quali il distanziamento fisico e sociale e l'isolamento autoimposto per lunghi periodi di tempo possono presentare ripercussioni significative sulla vita delle persone e sul loro benessere psicologico, producendo maggiore angoscia e causando importanti disagi psicologici. Così è stato, ad esempio, per l'epidemia di Sars (Hawryluck et al., 2004; Di Giovanni et al. 2004) ed effetti simili sono stati riscontrati a livello mondiale durante la pandemia di Covid-19 (Brooks et al., 2020, Xiong et al., 2020; Boden et al., 2021, Torales et al., 2020). L'Italia, in quanto prima nazione in Europa ad aver subito gli effetti del contagio, nonché una di quelle ad aver riportato le conseguenze più drastiche, offre una panoramica significativa per comprendere il fenomeno.

In primo luogo, va riconosciuto al Governo italiano il merito di aver introdotto tempestivamente misure di sicurezza verso il diffondersi del virus: un intervento di questa portata ha avuto una concreta efficacia dal punto di vista della prevenzione della salute fisica. Tuttavia, questo deve essere preso in considerazione in relazione ai fattori che hanno influito sulla salute mentale delle persone, come ad esempio l'essere stato confinato in casa per un lungo periodo di tempo, la paura di venire contagiato o che qualcuno delle propri parenti e conoscenti venisse contagiato, l'incertezza sulla progressione della pandemia, la mancanza di supporto sociale, la disinformazione, la crisi economica (Mazza et al., 2020). Sulla base di quanto emerge dagli studi condotti, infatti, l'insorgenza a livello nazionale di sintomi psicopatologici come quelli depressivi e ansiosi durante la pandemia è raddoppiata, arrivando a colpire più di un terzo della popolazione adulta generale (Amerio et al., 2021). In particolare, sono stati riscontrati tassi relativamente elevati di disturbo post traumatico da stress, sintomi di depressione, ansia, insonnia, stress

percepito e disturbo acuto da stress (Rossi et al., 2020). Inoltre, è stato rilevato che i livelli di ansia, di sintomi depressivi e di stress sono aumentati nel tempo, diventando più gravi nelle ultime settimane del lockdown rispetto che durante le prime (Fiorillo et al., 2020). Questo dato è in linea con i risultati ottenuti da studi condotti sulla popolazione mondiale (Xiong et al., 2020; Ho et al., 2020) e conferma l'ipotesi che la durata delle misure di contenimento abbia influenzato significativamente la salute mentale e il benessere della popolazione generale. I cambiamenti nella routine quotidiana hanno avuto un impatto negativo anche sulla qualità e sui modelli del sonno (Fiorillo et al., 2020). Gli orari sonno-veglia, infatti, sono stati fortemente influenzati dal confinamento domiciliare ed è stata riscontrata una maggiore durata sia del sonno, sia del tempo trascorso a letto (Scarpelli et al., 2021) correlate ad un abbassamento del tono dell'umore e a una forte diminuzione della motivazione. Durante il lockdown, inoltre, è stato registrato un aumento del tasso di ideazione suicidaria e pensieri suicidi (Fiorillo et al., 2020). Questo fenomeno può essere determinato da diversi fattori, tra cui l'incertezza sul futuro, la solitudine, il distanziamento fisico e sociale, la disoccupazione, la recessione economica e la violenza interpersonale.

È stato possibile individuare alcune variabili sociodemografiche in grado di predire una maggiore predisposizione a sviluppare disagi psicologici nella popolazione italiana. Una prima variabile riguarda il genere: c'è stato un peggioramento della salute mentale più evidente nelle donne rispetto che negli uomini. Più specificatamente, si stima che abbiano avuto un rischio maggiore di sviluppare sintomi di depressione, ansia e stress post-traumatico (Amerio et al., 2021; Rossi et al., 2020; Amendola et al., 2021; Mazza et al., 2020). Questo risultato è coerente con i dati emersi a livello internazionale che hanno costantemente riscontrato un'associazione tra genere femminile e aumento dei sintomi correlati ad un disagio psicologico (Xiong et al., 2020; Gao et al., 2020;).

Per quanto riguarda le differenze correlate all'età è emerso che, rispetto all'anzianità, i giovani con una vita più attiva prima del lockdown hanno subito maggiori cambiamenti nelle abitudini di vita (Amerio et al., 2021), nonché un marcato aumento di stress e disagio psicologico (Mazza et al., 2020; Amendola et al., 2021; Rossi et al., 2020). Il passaggio da una vita più attiva e dinamica ad una più sedentaria durante il lockdown potrebbe spiegare questi risultati. Infatti, i soggetti che hanno riferito di trascorrere più tempo all'aperto e di svolgere più ore di attività fisica e sport prima del lockdown

potrebbero aver sofferto di più per essere stati costretti a rimanere a casa, con conseguenze finali sulla salute mentale (Nese et al., 2020; Amerio et al., 2021). Un altro fattore che potrebbe aver influito nello stabilire una correlazione negativa tra età e benessere psicologico riguarda la capacità degli giovani di tollerare l'incertezza e la provvisorietà. È interessante osservare, infatti, che un'ampia percentuale di individui di giovane età è costituita da studenti il cui disagio emotivo potrebbe essere correlato anche alla chiusura delle scuole e alla minore efficienza dell'apprendimento attraverso la didattica a distanza, nonché ad una maggiore precarietà nelle prospettive future della propria formazione. Ciò è coerente con i risultati secondo cui lo stato di studente è associato a livelli più elevati di sintomi depressivi durante l'epidemia di Covid-19 (Meda et al., 2021).

Un'altra variabile strettamente connessa alla salute mentale riguarda la condizione abitativa durante il lockdown. Infatti, le regole imposte per favorire il distanziamento fisico e sociale hanno costretto le persone single e non conviventi all'isolamento con conseguente aumento del senso di solitudine, mentre coloro che convivevano precedentemente con altre persone si sono trovati a dover fare un'esperienza di residenzialità forzata all'interno della quale vi era una condivisione di sentimenti di apprensione, frustrazione e ansia (Amerio et al., 2021). Inoltre, è stata osservata un'associazione tra l'aumento del numero di persone per abitazione e un peggioramento dei sintomi di ansia e dei disturbi del sonno. Questo risultato può essere interpretato sia alla luce di una maggiore paura di venir contagiati, sia come indicatore di uno stato socioeconomico inferiore correlato ad una maggiore incertezza sul futuro della famiglia a livello di impatto economico della risposta al Covid-19 (Amerio et al., 2020). Non solo la situazione abitativa, ma anche il luogo di residenza è risultato essere un indicatore di salute mentale. Nonostante un accesso facilitato all'assistenza sanitaria e ad altri servizi di prima necessità, vivere nelle città espone le persone a fattori di rischio derivanti dall'ambiente sociale o fisico urbano, caratterizzato da maggiore frenesia, contribuendo a un aumento dello stress (Amerio et al., 2021).

L'obbligo di permanenza in casa ha comportato una diminuzione della domanda di servizi e beni (Xiong et al., 2020; Nicola et al., 2020), mettendo quindi in seria difficoltà le imprese e le industrie locali in tutto il mondo. A tal proposito, sono stati fatti significativi tagli al personale che hanno portato ad una crescita esponenziale dei tassi di disoccupazione (Istat, 2020). Lo stato economico povero, il livello di istruzione inferiore

e la disoccupazione, non solo riducono drasticamente la qualità della vita, ma sono anche fattori di rischio significativi per l'insorgenza di sintomi psicopatologici, in particolare di tipo depressivo, durante il periodo della pandemia (Xiong et al., 2020; Gao et al., 2020; Mazza et al., 2020; Fiorillo et al., 2020;). Tuttavia, è stato riscontrato un aumento di stress anche nel numero limitato di lavoratori che, in base alle misure sanitarie emesse dal Governo italiano, erano autorizzati a svolgere l'attività professionale fuori dal proprio domicilio. Questo perché tra le categorie a cui era consentito recarsi al lavoro figuravano, ad esempio, i operatori sanitari, i farmacisti e i addetti ai negozi alimentari, tutti ruoli che tendono ad avere un alto livello di contatto con il pubblico e che quindi hanno maggiori probabilità di essere infettati dal virus (Mazza et al., 2020).

Durante il lockdown è stato segnalato un aumento del tempo trascorso su Internet, che è stato associato a un maggior rischio di sviluppare problemi di salute mentale (Fiorillo et al., 2020; Rovetta et al., 2020). Questa constatazione deriva dal fatto che l'imprevedibilità della situazione può aver favorito la diffusione incontrollata attraverso i social media di informazioni inaffidabili e fake news, che potrebbero aver aumentato i livelli di ansia e di sintomi depressivi nelle categorie di persone sole e con livelli di istruzione inferiori, ovvero sprovviste di strumenti adeguati a verificare la veridicità delle notizie pervenute. È possibile che una maggiore ansia tra la popolazione più giovane potrebbe essere dovuta al loro maggiore utilizzo di piattaforme come i social media rispetto alla popolazione adulta (Mazza et al., 2020). Gli stessi risultati sono emersi anche a livello internazionale: la frequente esposizione ai social media e alle notizie relative al Covid-19 è stata identificata come causa di ansia e sintomi di stress (Xiong et al., 2020; Gao et al., 2020). Tristezza e sentimenti di preoccupazione possono sorgere anche quando i social media o i notiziari veicolano costantemente immagini relative a membri della comunità che soffrono a causa della pandemia (Xiong et al., 2020). Tuttavia, l'utilizzo di piattaforme online ha agevolato la possibilità di mantenersi in contatto mediante chiamate, videochiamate e servizi di messaggistica, alleviando il senso di solitudine causato dall'isolamento (Hwang et al., 2020).

Dagli studi condotti in Italia è emerso che alcune categorie di persone sono risultate maggiormente predisposte a sviluppare maggiore disagio psicologico. Tra queste rientrano i soggetti con comportamenti di dipendenza, incluso il fumo di tabacco, il consumo di alcol e il gioco d'azzardo, che in seguito al distanziamento sociale e

all'isolamento hanno riportato un peggioramento della qualità del sonno e un aumento di sintomi depressivi e ansiosi, probabilmente a causa delle difficoltà di accesso a servizi di supporto specifici (Amerio et al., 2021). Anche le persone con malattie croniche e una storia di malattie medico-psichiatriche hanno riscontrato un aumento dei sintomi di ansia e stress. Una possibile spiegazione di questo risultato riguarda il fatto che le persone con una salute già precaria e compromessa sono consapevoli che contrarre il nuovo virus significa esporsi a un rischio maggiore di mortalità, pertanto, hanno vissuto questa situazione sperimentando una forte paura e angoscia (Mazza et al., 2020). Un ulteriore fattore di preoccupazione per questa categoria di persone riguarda il rinvio e l'inaccessibilità ai servizi e alle cure mediche. A causa del crescente numero di pazienti affetti da Covid-19, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria di altre malattie potrebbe aver subito ingenti danni. Un'altra scoperta è stata l'associazione tra una storia di situazioni stressanti e traumatiche e l'aumento di ansia e depressione durante la pandemia (Mazza et al., 2020). Questo dato aderisce ai risultati di ricerche che evidenziano che spesso, in situazioni di incertezza come quella dell'attuale epidemia di Covid-19, le persone con esperienze pregresse di situazioni traumatiche possono veder riaffiorare o intensificarsi sintomi psicologici connessi al trauma subito (Wieseman et al., 2015).

### **1.3 Vulnerabilità della comunità transgender e non binary**

Gli effetti provocati dalla pandemia hanno avuto un impatto di proporzioni maggiori sulle categorie di persone appartenenti a comunità marginalizzate, come la comunità LGBT+. Questo perché è stato dimostrato che queste persone presentano vulnerabilità strutturali di base, dovute al fatto che si trovano ad affrontare quotidianamente molteplici sfide come le ingiustizie sociali, abitative e lavorative, la violenza, le discriminazioni e lo stigma, che comportano un carico di stress significativamente elevato (Bockting et al., 2016; Kidd et al., 2021). L'introduzione delle restrizioni volte a contrastare la situazione pandemica ha agito in modo da aumentare la criticità della loro situazione indipendentemente dalla loro età, etnia, condizione socioeconomica, identità di genere o

orientamento sessuale (Kidd et al., 2021). Questo suggerisce la presenza di un grave disagio psicologico esteso tra tutte le persone della comunità LGBT+ rispetto alla popolazione generale.

In termini di salute mentale, le indagini condotte sulla popolazione transgender e non binary italiana, categoria di interesse di questo studio, hanno riscontrato alti livelli di depressione, ostilità, ansia e scoraggiamento per il futuro, oltre a evidenti cambiamenti negativi nel benessere psicologico tra il periodo prima e quello durante l'emergenza (Gava et al., 2021; Mirabella et al., 2021). Questi risultati sono in linea con quelli di studi precedenti (Scandurra et al., 2017; Scandurra et al., 2021) che hanno appurato che gli individui transgender e non binary in Italia sono significativamente gravati da problemi di salute mentale rispetto alla popolazione generale. Pertanto, è ragionevole pensare che la pandemia di Covid-19 possa aver esacerbato problemi già esistenti portandoli ad un livello di criticità tale da determinare un evidente aumento dello stress. In particolare, questa comunità ha fortemente risentito delle ricadute sull'accesso all'assistenza sanitaria di affermazione di genere e ai servizi di supporto specifico. Questo dato emerge da numerosi studi condotti a livello mondiale che hanno segnalato alti tassi di interruzione o di ritardo nella somministrazione della terapia ormonale e/o nell'intervento chirurgico di affermazione del genere durante la pandemia (Jarrett et al., 2020; Hawke et al., 2021; Kidd et al., 2021). Questo fenomeno è correlato al fatto che gli ospedali hanno annullato interventi chirurgici non urgenti, compresi gli interventi chirurgici di affermazione del genere, in quanto considerati come elettivi e di secondaria importanza rispetto ad altre procedure mediche. Inoltre, è stato segnalato un accesso ridotto al supporto specifico e ai servizi di salute mentale per persone appartenenti alla comunità LGBT+ (Kidd et al., 2021; Hawke et al., 2021). Non usufruire di questi servizi è stato associato all'insorgenza di sintomi depressivi e ansiosi (Jarrett et al., 2020) in quanto è appurato che le risorse volte al sostegno dell'affermazione di genere promuovono l'autodeterminazione e il senso di riconoscimento della persona e, nel momento in cui vengono a mancare, costituiscono un danno per la sua salute mentale e qualità di vita (Bränström & Pachankis, 2020). Nello studio condotto da Mirabella e colleghi (2021) sulla popolazione italiana, tuttavia, non sono emerse criticità in merito all'accesso ai servizi sanitari. Solo una piccola percentuale del campione ha sentito la necessità di sospendere o interrompere le terapie ormonali, mentre sono state segnalate difficoltà nell'accesso a forniture mediche o prescrizioni di

farmaci. Inoltre, una percentuale consistente del campione ha dichiarato di non aver mai consultato alcuno specialista. Questi dati sono significativi perché indicano che in Italia molte persone preferiscono ricorrere all'automedicazione piuttosto che rivolgersi a strutture specializzate e al sistema sanitario, i quali offrono un servizio carente a causa dell'accesso limitato, delle lunghe liste di attesa, del ritardo nei trattamenti e della mancanza di reti tra i servizi.

È possibile che le vulnerabilità economiche che caratterizzano la comunità transgender e non binary costituiscano un ulteriore ostacolo nei confronti dell'accesso all'assistenza di affermazione del genere e alla consulenza sulla salute mentale. Infatti, il tasso di disoccupazione durante la pandemia è stato più alto se confrontato con quello della popolazione generale (Kidd et al., 2021; Herman & O'Neill, 2020). Questo dato è comprensibile alla luce di un maggiore tasso di disoccupazione pre-pandemia e al fatto che si tratta di una categoria di persone maggiormente impiegate nei settori più colpiti dalla chiusura delle attività (Whittington et al., 2020). Un ulteriore fenomeno che contribuisce ad aggravare la situazione economica riguarda il fatto che le comunità transgender e non binary stanno sperimentando difficoltà anche a livello di ricezione di bisogni di base, come la riduzione del reddito, la perdita dell'assicurazione sanitaria e l'assenza di aiuti finanziari da parte degli Stati durante la pandemia di Covid-19 (Jarrett et al., 2020).

I risultati mostrano che le giovani transgender e non binary hanno sperimentato bassi livelli di supporto familiare (Hawke et al., 2021). Un riscontro effettivo è individuabile nell'esperienza delle persone che hanno riferito una riduzione del tempo vissuto in conformità al proprio genere e della possibilità di esprimere liberamente la propria identità di genere a causa della pandemia. Questo è strettamente correlato al fatto che l'isolamento e le misure di distanziamento sociale imposte durante il lockdown abbiano costretto molte persone ad essere confinate nelle loro abitazioni ed a entrare in relazione esclusivamente con i membri della famiglia conviventi, esponendole a un ambiente spesso dannoso e precludendo la possibilità di ricevere un supporto sociale esterno. A questo proposito, è emerso, infatti, che all'interno delle famiglie, le persone transgender e non binary hanno subito body shaming, misgendering e discriminazione da parte di genitori e parenti, fattori che hanno interferito con la crescita personale dell'individuo e hanno causato un significativo aumento di depressione e ansia (Jarrett et

al., 2020; Mirabella et al., 2021). Inoltre, con un minore sostegno da parte dei membri della famiglia, alcune persone potrebbero ricorrere a cercare appoggio in ambienti che non sono pienamente rispettosi delle loro identità di genere. Inoltre, le persone sottoposte a terapia psicologica durante la pandemia hanno riportato alti livelli di depressione, ostilità e ansia a causa della mancanza di privacy all'interno dell'ambiente domiciliare durante il percorso terapeutico (Mirabella et al., 2021).

Allo stesso tempo, le indicazioni sull'isolamento a casa e la chiusura dei servizi hanno causato la perdita del supporto sociale proveniente dalla coetaneità e dalla comunità LGBT+. Questo potrebbe aver accresciuto il senso di solitudine delle persone transgender e non binary durante la pandemia. In effetti, ricerche precedenti hanno dimostrato che una maggiore connessione tra le comunità LGBT+ e i suoi membri rappresenta un fattore predittivo di benessere in quanto costituisce un elemento di resilienza alla base di molte strategie di risposta (Stanton et al., 2017; Trujillo et al., 2017; Valentine et al., 2018). In Italia la difficoltà riscontrata nell'accedere al supporto sociale non è stata causata solo dall'isolamento, ma è stata rilevata anche la carenza di iniziative efficaci da parte delle comunità LGBT+ in risposta all'emergenza (Mirabella et al., 2021). A tal proposito è interessante evidenziare il fatto che il sostegno promosso da tali comunità sembra essere stato poco presente anche prima del lockdown, in contrasto con le realtà internazionali, dove la letteratura (Hackimer & Proctor, 2015) afferma che le persone transgender e non binary percepiscono supporto attivo da parte di gruppi LGBT+.

Un ultimo dato degno di nota riguarda i tassi di autolesionismo e suicidio durante la pandemia: dai risultati delle ricerche condotte risulta che questi non sono particolarmente elevati nella popolazione italiana (Mirabella et al., 2021), il che è in contrasto con gli studi precedenti condotti a livello internazionale (Marshall et al., 2016), che dimostrano un'elevata prevalenza di autolesionismo non suicida e suicidio all'interno della comunità transgender e non binary. Questo risultato potrebbe suggerire che le restrizioni non hanno esercitato un grave impatto sui disturbi interiorizzanti. Quindi, rimanere a casa evitando la possibilità di incontrare un ambiente sociale ostile e discriminante può aver rappresentato un fattore protettivo per alcuni individui, che diversamente da quanto ci si aspettava, possono aver ottenuto esiti positivi.

## **CAPITOLO 2**

### **MINORITY STRESS E SALUTE MENTALE**

Sulla base dell'analisi proposta nel precedente capitolo si evince che, in seguito alla pandemia da Covid-19, tutta la popolazione ha subito rilevanti conseguenze dal punto di vista della salute mentale, ma le persone appartenenti alla comunità transgender e non binary ne hanno risentito in modo particolare a causa del loro status di minoranza sociale. L'obiettivo del presente capitolo è quello di comprendere adeguatamente le cause alla base di questa disparità utilizzando come paradigma teorico di riferimento il Modello del Minority Stress proposto da Ilan H. Meyer (1995; 2003).

#### **2.1 Il Modello del Minority Stress**

Il costrutto di minority stress si fonda sull'idea secondo cui i gruppi minoritari esperiscono una condizione di stress acuto e cronico causata dalla costante stigmatizzazione, rifiuto e discriminazione proveniente dalla società e l'impatto di questi esiti negativi può essere attenuato solo grazie alla presenza di specifici fattori protettivi. Meyer (2007) applica il minority stress alle popolazioni lesbica, gay e bisessuale, e lo articola sulla base di tre presupposti: esso è unico, perché costituisce un'aggiunta ai fattori di stress generali esperiti da tutta la popolazione; è cronico, perché è strettamente connesso a dinamiche socioculturali stabili e persistenti e indipendenti dall'individuo; infine, è socialmente basato, perché dipende da processi sociali istituzionali e strutturali anch'essi indipendenti dall'individuo.

Il Modello del Minority Stress non viene formulato sulla base di un'unica teoria ma è il risultato di un ampio contesto di ricerche psicologiche e sociologiche volte a descrivere i risultati dell'interazione tra i membri delle minoranze e l'ambiente sociale circostante (Meyer; 2003). Meyer, ad esempio, si avvale della teoria dell'interazione simbolica (Mead, 1934) per spiegare come le persone ricavano dagli ambienti sociali i significati necessari alla comprensione e all'organizzazione delle loro esperienze,

postulando che l'identità di una persona si sviluppa attraverso le informazioni provenienti dalle interazioni con gli altri. Questo scambio facilita la crescita personale dell'individuo e gli permette di formulare giudizi rispetto alle norme sociali. Tuttavia, questo difficilmente accade per l'individuo che appartiene ad una minoranza, in quanto riconosce che la società genera valori in contrasto con la sua cultura e con i suoi interessi (Merton, 1968). Questo provoca in lui un conflitto interno, perché le informazioni provenienti dalle interazioni sociali non sono congruenti e favorevoli alla sua esperienza nel mondo, e questo comporta un gravoso carico di stress e ha dei risvolti negativi sulla sua salute (Meyer, 2003).

Meyer (2003) ha attinto alle teorie psicologiche sociali nel tentativo di comprendere anche le origini delle reazioni sociali negative che si creano all'interno delle relazioni tra gruppi mediante il processo di categorizzazione. Infatti, le diverse categorie dell'identità hanno origine perché si creano delle distinzioni tra i gruppi sociali. Queste categorie fungono da struttura di base sulla quale è possibile l'autodeterminazione degli individui all'interno di uno o più gruppi, andando a costituire così una propria identità sociale. Le differenze nelle identità sociali determinano necessariamente processi squilibrati tra gruppi che sono dominanti o subordinati (Turner, 1999). Il meccanismo che viene messo in atto, di conseguenza, è quello della marginalizzazione: nelle società in cui le distinzioni di status sociale tra gruppi dominanti e gruppi minoritari sono particolarmente significative, c'è una tendenza per i gruppi dominanti a escludere i gruppi minoritari etichettandoli come "devianti" (Kitsuse, 1962). Un comportamento o uno status sono considerati devianti se si discostano da un comportamento appropriato o da una norma sociale (Kitsuse, 1962). Questa teoria aiuta a identificare i membri di un gruppo minoritario che sono definiti dalle norme sociali come devianti, oltre a determinare come questi membri debbano essere conseguentemente trattati.

Il Modello di Meyer (2003) si avvale anche di un'analogia ingegneristica, in cui lo stress è valutato come un carico applicato ad una superficie di supporto (Wheaton, 1999). In questo caso, il carico è rappresentato da uno stimolo che minaccia il funzionamento ottimale della percezione cognitiva di una persona (Koolhaas et al., 2011). Quando un fattore di stress diventa incontrollabile e imprevedibile per un individuo, si dice che la persona interessata stia vivendo uno stress (Koolhaas et al., 2011). Meyer (2003) ha postulato che è possibile distinguere i carichi in fattori di stress individuali e

sociali e che il minority stress costituisce per le persone appartenenti ai gruppi minoritari una forma di stress sociale aggiuntiva, che coloro che appartengono ai gruppi dominanti, al contrario, non possiedono.

La concettualizzazione di Meyer (2003) prosegue attingendo al lavoro di Lazarus e Folkman (1984) che descrivono le strutture sociali come elementi distali che impattano sulla persona influenzandone pensieri, emozioni e azioni. Meyer distingue il minority stress distale da quello prossimale: nel primo caso fa riferimento a condizioni e situazioni oggettive, come lo possono essere discriminazione e violenza sociale e istituzionale; nel secondo caso si tratta di percezioni e valutazioni soggettive, ad esempio aspettative di rifiuto, stigma interiorizzato, annullamento dell'identità. I fattori di stress distale sono indipendenti dalla valutazione degli eventi e dall'identificazione personale con lo stato di appartenenza a una minoranza. Diversamente, i fattori di stress prossimali sono strettamente correlati alla percezione che l'individuo ha della sua identità e di come questa viene considerata dalla società. Questo può innescare comportamenti e atteggiamenti disfunzionali, ad esempio, possono sviluppare un'eccessiva vigilanza nelle interazioni con gli altri dovuta ad aspettative di rifiuto, nascondere la propria identità per paura di essere danneggiati o interiorizzare lo stigma che percepiscono dall'esterno. Da un punto di vista temporale, il modello del minority stress presuppone che vi sia una sequenza mediante la quale i fattori di stress distali gradualmente si sovrappongono ai fattori di stress prossimali, che precedono l'insorgenza di disturbi mentali risultanti sulla salute (Valentine e Shipherd, 2018). All'interno di questo continuum gli stressor che agiscono sono: esperienze e condizioni stressanti esterne, come discriminazione e violenza, che possono generare un trauma acuto o cronico; eccessiva vigilanza nell'anticipare i fattori esterni a causa dello stigma percepito e conseguente trauma cronico; occultamento del proprio orientamento sessuale; internalizzazione delle credenze negative esterne e conseguente omofobia interiorizzata. Tali dimensioni sono tra loro strettamente interconnesse e contribuiscono ad accrescere il disagio percepito dalla persona (Meyer 1995; Meyer, 2003). Come è possibile notare, tutte le teorie sostengono l'idea che alla base dello stress sociale vi sia una mancata armonia tra l'individuo e il contesto che lo circonda. Per coloro che sono soggetti allo status di minoranza, nel caso del modello di Meyer per le persone lesbiche, gay e bisessuali, questo contesto viene percepito addirittura

come ostile, causando maggiore incidenza di disturbi mentali ed effetti negativi sul benessere psicologico (Meyer, 2003).

Lo status di minoranza non comporta solo conseguenze negative come lo stress, ma è anche alla base di risorse specifiche, quali strategie di coping, resilienza e resistenza allo stress, che fungono da fattori di protezione per i membri delle minoranze dagli effetti negativi del minority stress sulla salute mentale (Meyer, 2003; 2015; Scandurra et al., 2020). È possibile distinguere queste risorse in due categorie: quelle che operano a livello individuale e quelle che operano a livello di gruppo (Branscombe & Ellemers, 1998). Nel primo caso si tratta di strategie di coping e resilienza, ovvero quali sforzi cognitivi e comportamentali l'individuo mette in atto per fronteggiare situazioni difficili (Meyer 2003, 2015). Queste possono variare tra i membri dei gruppi minoritari perché dipendono dalle caratteristiche specifiche della persona. Nel secondo caso le risorse sono fruibili a tutto e possono essere distinte in tre meccanismi: dare la possibilità a coloro che sono costantemente soggetti a discriminazioni di esperire un ambiente sociale di accoglienza e accettazione, fornire supporto al gruppo minoritario stigmatizzato e offrire un clima e un'identità comunitaria che permetta di confrontarsi con gli altri membri del gruppo minoritario piuttosto che con i membri del gruppo dominante (Meyer 2003; 2015). In questo modo i membri del gruppo minoritario hanno la possibilità di ricevere una convalida esterna positiva, valutarsi rispetto ad altri che sono come loro e di conseguenza rinegoziare i significati connessi alla propria identità (Pettigrew, 1967). Questo permette una nuova legittimazione delle esperienze della persona e un allontanamento dalla categorizzazione di deviante (Thoits, 1985). Risorse di gruppo e individuali sono strettamente interconnesse in quanto, se vengono a mancare le prime, risultano carenti anche le seconde. Questo perché l'azione del gruppo permette di costruire strutture di auto miglioramento utili per fronteggiare lo stigma. Tuttavia, è più facile accedere a queste risorse se le persone si identificano chiaramente e apertamente come membri del gruppo perché, quando, al contrario, nascondono la propria identità rendendosi invisibili alla comunità minoritaria e impedendo il processo di riconoscimento nell'altro simile a sé, l'accesso può essere ostacolato.

## 2.2 Minority stress nelle minoranze di genere

La teorizzazione delle dimensioni sottostanti al minority stress e dei suoi effetti sulla salute mentale è da tempo ben inserita nel campo della ricerca scientifica sulle minoranze sessuali, mentre la sua applicazione alle minoranze di genere risulta essere maggiormente recente (Bockting et al., 2013; Hendricks & Testa, 2012; Testa et al., 2015), poiché tale è il raggiungimento di una maggiore visibilità, consapevolezza e partecipazione rispetto alle questioni relative all'identità di genere, sia da parte di coloro che ne sono coinvolti, sia da parte della società nel suo insieme. A tal proposito, è utile inquadrare il significato del termine minoranza di genere: esso si riferisce a persone con identità di genere, espressione e comportamento che divergono da quelli tipicamente associati al sesso a cui sono stati assegnati alla nascita o per le quale una presentazione di genere atipica è egosintonica. (American Psychological Association, 2015). Il presente lavoro prende in considerazione le persone che si identificano con un genere binario (ad esempio, persone transgender MtF o FtM) e coloro che invece si identificano in un genere non esclusivamente maschile o femminile e pertanto si definiscono come non binary.

Significativo è il contributo di Hendricks e Testa (2012) che si sono occupati di esaminare le esperienze avverse allo sviluppo dell'identità e dell'espressione di genere della persona, la valutazione personale e le aspettative ad esse collegate e l'interiorizzazione dello stigma subito. L'obiettivo di tale lavoro è quello di offrire una comprensione più ampia dei problemi clinici che caratterizzano le persone transgender e non binary per dare la possibilità all3 professionist3 sanitari3 di essere in grado di fornire un servizio di qualità. Una particolare attenzione viene prestata alla relazione tra il minority stress e l'isolamento sociale. Hendricks e Testa (2012) lo analizzano distinguendone due dimensioni: la solitudine, o disconnessione sociale, causata dal rifiuto dei membri della famiglia, dell3 amic3 o dell3 colleg3 di lavoro che non sono dispost3 ad accettare il loro status di transgender, e l'assenza di cura reciproca e supporto in una società che generalmente non accetta la non conformità di genere. Inoltre, anche senza esposizione al rifiuto, alla discriminazione o alla violenza, gli individui che non individuano altre persone come loro rappresentate nella loro comunità o società possono sviluppare un senso di non appartenenza. Giocano un ruolo importante anche l'auto-colpevolizzazione e la bassa autostima (Hendricks & Testa, 2012). Queste possono

svilupparsi come risultato di violenze legate ad un aspetto della propria identità e possono indurre l'individuo a impegnarsi in una valutazione negativa di quell'aspetto del sé e, successivamente, del sé nel suo complesso, portando infine al disprezzo della propria persona. Inoltre, per gli individui transgender che internalizzano la transfobia della società, questo potrebbe portare ad una perdita del senso di comunità e di appartenenza. Questa perdita di autostima, combinata con il bisogno di risorse della comunità che risulta dalla vittimizzazione, può portare a pensare che il semplice essere transgender si presenta come un peso per la società.

In un secondo momento è stato creato il Gender Minority Stress and Resilience Measure (Testa et al., 2015), il primo strumento psicometrico finalizzato a misurare lo stress e la resilienza esperiti dalle minoranze di genere. Questo è composto da 9 scale volte a valutare i fattori di stress distali, quali discriminazione legata al genere, rifiuto legato al genere, vittimizzazione legata al genere e non-affermazione; i fattori di stress prossimali, quali transfobia interiorizzata, aspettative negative per eventi futuri e non divulgazione; e i fattori di resilienza, quali orgoglio e connessione alla comunità. La Gender Minority Stress and Resilience si basa su un meccanismo di mediazione tra fattori di stress, fattori protettivi e salute che sono tra loro strettamente interconnessi: i fattori di stress prossimali mediano la relazione tra i fattori di stress distali e la salute e, a loro volta, i fattori protettivi moderano la relazione tra entrambi i tipi di fattori di stress e la salute. Questo strumento è stato pensato sia per ampliare la ricerca scientifica che per scopi clinici, tra cui aumentare la comprensione dell'impatto delle esperienze delle minoranze di genere sulla loro salute mentale e valutare l'efficacia di terapie e interventi specifici per ridurre il rischio e supportare la resilienza. È importante notare che lo strumento di Testa e colleghi (2015) è stato costruito su un campione di persone provenienti dal contesto americano, mentre le sue convalide su popolazioni provenienti da altri sistemi culturali sono alquanto esigue. Ad esempio, l'applicazione al campione italiano è giunta solo nel 2020, grazie al lavoro di Scandurra e colleghi che si sono occupati di verificare la validità e affidabilità dello strumento nel misurare lo stress e la resilienza delle minoranze di genere in Italia.

La concettualizzazione del minority stress relativo all'identità di genere è stata ripresa successivamente anche da Tan e colleghi (2020) che hanno affrontato il costrutto alla luce del lavoro di Meyer (1995, 2003) e della Teoria della Reazione Sociale (Kitsuse,

1962). Secondo la teoria dello stress percepito dalle persone transgender e non binary a causa della loro posizione di minoranza è il prodotto di ideologie istituzionalizzate e norme sociali che privilegiano le persone cisgender e relegano le persone transgender e non binary a una posizione emarginata. La cisnormatività si basa sul presupposto che è normale e accettabile che la propria identità ed espressione di genere mantengano una coerenza con il sesso fisico assegnato alla nascita e che sia il sesso che il genere siano solo binari (Baril & Trevenen, 2014). Pertanto, tutti coloro che divergono da questa norma vengono trattati come esempi di anomalia e devianza dalla società contemporanea (Ansara & Hegarty, 2012; Baril & Trevenen, 2014). Questo comporta un forte squilibrio di potere, perché pone le persone che rientrano nella categoria della cisnormatività in una posizione di privilegio e prevaricazione (Tan et al., 2020). Un esempio di classificazione delle persone transgender come devianti è riscontrabile nella nomenclatura clinica adoperata all'interno del Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): in un primo momento è stata introdotta l'etichetta diagnostica di "disturbo dell'identità di genere" (American Psychiatric Association, 1994), la quale ha favorito la patologizzazione delle persone transgender invece che la loro completa inclusione nella società. Più recentemente, la precedente diagnosi è stata sostituita con quella di "disforia di genere" (American Psychiatric Association, 2013) per cercare di evitare la stigmatizzazione che il termine "disturbo" comportava. Questa, tuttavia, non si configura come la soluzione definitiva, ma come un primo tentativo di superamento dell'idea di malattia a cui è associata la persona transgender. Dato che questo è il paradigma culturale dominante, anche gran parte della ricerca psicologica è condotta utilizzando una prospettiva cisnormativa per concettualizzare l'intera esperienza umana (Ansara & Hegarty, 2012). Di conseguenza, coloro che hanno adoperato un approccio cisnormativo nella loro professione, nella migliore delle ipotesi hanno trascurato e invalidato l'esistenza delle persone transgender e non binary, ma nella peggiore hanno intenzionalmente limitato l'accesso a risorse e servizi essenziali, andando a danneggiare la salute globale degli individui coinvolti (Tan et al., 2020).

Sebbene buona parte del modello del minority stress relativo alle minoranze sessuali (Meyer, 2003) sia applicabile anche alle minoranze di genere (Hendricks & Testa, 2012) alcuni aspetti invece necessitano di un adattamento specifico (Testa et al., 2015). Questo è il caso delle esperienze che possono essere riconducibili a fattori di stress.

La letteratura degli ultimi anni ha riscontrato che gli eventi esterni e oggettivi che si verificano nell'ambiente dell'individuo, identificati anche come fattori di stress distali, sono tra i più facilmente osservabili. Tra questi figurano: essere stato molestato o aver subito aggressioni e micro-aggressioni fisiche e sessuali a causa della propria identità di genere o espressione di genere (Clements-Nolle et al., 2006; Beemyn e Rankin, 2011); essere stato negato un lavoro, essere stato licenziato o essere stato senza fissa dimora per un periodo di tempo a causa del proprio status di transgender (Bradford et al., 2007); aver visto rifiutato il trattamento sanitario e/o legale (Smith & Turell, 2017; Smith, 2020); non essere riconosciuti dai membri della famiglia e dalla propria rete di relazioni (Smith & Turell, 2017); essere vittime di violenza strutturale perpetrata mediante politiche sociali che non agevolano l'accesso agli spazi e ai servizi pubblici come, ad esempio, i bagni (Grant et al., 2011); essere vittima di misgendering e vedere negata la propria affermazione di genere (Testa et al., 2015, Tan et al., 2020).

Sfortunatamente le ricerche che si occupano di misurare gli stressor prossimali sono ancora poco numerose e articolate. Gli elementi che sono stati indagati finora riguardano l'occultamento della propria identità (Beemyn e Rankin, 2011, Pellicane & Ciesla, 2022), la transfobia interiorizzata e l'anticipazione di subire rifiuto o discriminazione che si coniuga nella mancata ricerca di assistenza legale o sanitaria (Testa, 2012; Smith & Turell, 2017, Schulman & Erikson-Schroth, 2019, Smith, 2020, Pellicane & Ciesla, 2022).

### **2.3 Effetti del minority stress sulla salute mentale delle persone transgender e non binary**

Evidenti disparità di salute sussistono tra le persone transgender e non binary e la popolazione generale (Williams & Mann, 2017) e sulla base della concettualizzazione appena affrontata è possibile attribuire parte della causa ai fattori di stress distali e prossimali. Una volta compresa a fondo questa correlazione è di fondamentale importanza conoscere nel dettaglio la natura delle variabili coinvolte e dei possibili outcome, in un'ottica di prevenzione e trattamento appropriati e rispettosi dell'esperienza del singolo (Smith et al., 2020). Di seguito verranno esposti i risultati emersi dalla letteratura più

recente che, per quanto non sia ancora esaustiva nell'analizzare tutte le dimensioni della salute mentale della comunità transgender e non binary, comunque si configura come un adeguato punto di partenza rispetto al quale è possibile proseguire nella ricerca futura.

In primo luogo, è opportuno analizzare le conseguenze sulla salute mentale dipendenti dai fattori di stress distali, in quanto più facilmente osservabili e misurabili rispetto alle esperienze soggettive. Un esempio documentato dei fattori che hanno prodotto esiti negativi sulla salute mentale riguarda l'assistenza sociale e sanitaria specifica. Le carenze nella preparazione degli operatori a livello di ricettività per quanto riguarda l'identità di genere, l'onere aggiuntivo di dover rivelare l'identità, l'interruzione della riservatezza, le micro-aggressioni, la depersonalizzazione portano le persone a provare sfiducia e insicurezza verso l'assistenza sanitaria, a trattenere informazioni personali, cambiare spesso servizio di assistenza sanitaria o evitare del tutto di farne uso (Smith & Turell, 2017; Schulman & Erikson-Schroth, 2019; Smith, 2020). Ai fallimenti nel fornire un'assistenza sanitaria rispettosa e culturalmente appropriata sono correlati un aumento dei sintomi ansiosi e depressivi, alti tassi di suicidio tra i giovani transgender, tassi significativamente più alti di malattia da HIV e aumento del rischio di abuso di sostanze (IOM, 2011). Questa problematica va a sommarsi alle disparità di salute fisica già presenti. Infatti, le preoccupazioni per la propria salute dovute alle controindicazioni della terapia ormonale e chirurgica e all'incertezza dei dati finora a disposizione rispetto alla validità dei trattamenti sanitari specifici (IOM, 2011) comportano un accumulo di stress fino a giungere ad una condizione di disagio psicologico (Smith, 2020; Scheim et al., 2022).

L'intersezionalità è risultata essere un ulteriore fattore di rischio. Questo costrutto viene utilizzato per descrivere come varie categorie quali il genere, l'etnia, la classe sociale, la disabilità, l'orientamento sessuale, la religione e molte altre ancora interagiscano tra loro a molteplici livelli, spesso simultanei e debbano essere pensate come elementi necessari al fine di comprendere integralmente l'identità della persona (Crenshaw, 1989). Questo paradigma è valido anche per comprendere in che modo le diverse forme di ingiustizia e disuguaglianza sociale non agiscano in modo indipendente, bensì siano interconnesse e creino un sistema di oppressione maggiormente articolato. Studi al riguardo, infatti, hanno riscontrato che coloro che detengono multiple identità socialmente emarginate, dipendenti, ad esempio, dal genere esperito, dall'etnia o dallo

stato socioeconomico, subiscono casi di discriminazione molto più frequenti e intensificati rispetto a coloro che detengono un'unica identità emarginata (Whitfield et al., 2014). Inoltre, queste persone risentono in modo differenziale di maggiori effetti negativi sulla salute (Hatzenbuehler, Phelan e Link, 2013). Questo rende imperativo identificare i bisogni e gli approcci sanitari in modo individualizzato e centrato sulla persona.

La discriminazione verso le persone transgender ha prodotto effetti negativi anche rispetto alla percezione e alla soddisfazione della propria immagine corporea. Frequentemente, infatti, gli individui transgender e non binary riferiscono di provare disagio rispetto alle caratteristiche fisiche del proprio corpo perché incongruenti con la propria identità di genere. Questo problema viene esacerbato comportando un maggiore carico di stress nel momento in cui si trovano ad essere vittime di fenomeni esterni quali il body shaming e l'oggettivazione sessuale (Velez et al., 2016; Brewster et al., 2019; Strübel et al., 2020). Nel primo caso si tratta dell'atto di discriminare una persona per le sue caratteristiche fisiche, nel caso di persone transgender perché non sono congruenti con l'identità di genere dichiarata, mentre nel secondo si tratta dell'atto di considerare una persona solo per il suo corpo privandola di un'identità e deumanizzandola. Subire discriminazioni di questo tipo può comportare l'insorgenza di disturbi dell'immagine corporea, disturbi alimentari e depressione, e innescare comportamenti disfunzionali come l'esercizio fisico compulsivo (Velez et al., 2016; Brewster et al., 2019).

Un ulteriore fenomeno che condiziona le persone transgender e non binary è il *misgendering*: con questo termine si fa riferimento all'errata classificazione dell'identità di genere di una persona sulla base di comprensioni sociali dominanti di generi e corpi (McLemore, 2015). Il *misgendering* delle persone transgender viene messo in atto quando le persone circostanti non sono in grado o non vogliono riconoscere o utilizzare il nome, il pronome o il genere adeguato di una persona. Coloro che si identificano come non binary possono essere soggetti a non affermazione quando le persone circostanti non sono in grado di riconoscerli in modo neutrale rispetto al genere (Testa et al., 2015). Le conseguenze associate al *misgendering* possono avere sia una componente distale sia prossimale: nel primo caso si parla della frequenza percepita di subire *misgendering* e nel secondo del modo in cui un individuo si sente stigmatizzato da questa esperienza (McLemore, 2018). Gli individui transgender e non binary valutano queste esperienze

come stigmatizzanti indipendentemente dalla frequenza con cui le vivono, tuttavia, questa è associata ad un aumento del disagio psicologico che comprende sintomi legati alla depressione, all'ansia, allo stress e alla percezione di una maggiore stigmatizzazione nella società (McLemore, 2018; Dolan et al., 2020). Altri fattori che influiscono sulla valutazione dell'esperienza sono il luogo o il contesto in cui avviene la discriminazione e la fonte da cui proviene: può avere un impatto psicologico minore se il contesto e la fonte sono estranei alla persona, piuttosto che se si tratta di una cerchia familiare o amicale. Un'associazione positiva è stata riscontrata anche rispetto a quanto una persona dia rilevanza alla componente del genere all'interno della propria identità globale (Meyer, 2003): gli individui transgender che valutano la propria identità di genere come importante possono adottare un atteggiamento rigido nelle situazioni in cui è possibile il *misgendering* e sentirsi più stigmatizzati quando si verifica. Questo comporta sintomi legati alla depressione, allo stress e alla percezione di una maggiore vittimizzazione nella società (McLemore, 2018).

Giocano un ruolo sulla salute mentale anche i fattori di stress prossimali come l'anticipazione del rifiuto, la transfobia interiorizzata e l'occultamento della propria identità. Coloro che anticipano il rifiuto degli altri, ad esempio, hanno maggiori probabilità di valutare negativamente le interazioni sociali, il che porta a una maggiore probabilità di depressione (Gao et al., 2017). Sebbene le esperienze di rifiuto potrebbero non portare necessariamente a un'autostima inferiore (Blackhart et al., 2009), tuttavia se protratte nel tempo possono portare l'individuo a valutare le situazioni in modo sempre più negativo, tanto da sviluppare un'aspettativa automatica verso la messa in atto di tale rifiuto (Mehu & Scherer, 2015). Questo perché gli effetti delle situazioni esterne sulla salute mentale sono in gran parte mediate da processi interni. Di conseguenza, non è l'esperienza del rifiuto in sé, ma piuttosto la valutazione delle esperienze di rifiuto che determina la risposta affettiva di un individuo alle istanze di rifiuto. Ciò suggerisce che le aspettative di rifiuto sono più fortemente associate alla depressione e al suicidio per le persone transgender e non binary, rispetto che al rifiuto stesso (Pellicane & Ciesla, 2022).

La transfobia interiorizzata, invece, consiste nel provare profonda vergogna, senso di colpa e disgusto verso la propria identità transgender, a cui è correlato un impegno eccessivo nell'apparire agli occhi degli altri come una donna o un uomo non transgender e una sensazione di disagio quando si entra in relazione con altri individui transgender sui

quali vengono proiettati i sentimenti negativi che si provano verso sé stesso (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006). Nella prospettiva del minority stress, la transfobia interiorizzata ha un funzionamento simile alle aspettative di rifiuto, in quanto si tratta non più di valutazioni negative delle situazioni esterne, ma del sé interno. Anche questa è fortemente associata ad effetti negativi sulla salute mentale (Perez-Brumer, et al., 2015; Pellicane & Ciesla, 2022): coloro che hanno una visione negativa della propria identità marginalizzata possono manifestare alti livelli di angoscia, depressione, ansia e somatizzazione (Bockting, 2013). Tuttavia, la transfobia interiorizzata è anche in grado di fungere da mediatore nella relazione tra eventi ad alto rischio basati sull'identità ed esiti negativi sulla salute mentale (Pellicane & Ciesla, 2022). Questo perché, come è già stato detto, l'impatto dello stress distale sulla salute mentale dipende da quello dello stress prossimale, in questo caso lo stigma interiorizzato.

Tra i fattori di stress prossimale l'occultamento è stato quello ad aver mostrato dimensioni degli effetti inferiori, fenomeno che può essere spiegato alla luce della complessa relazione che questo costrutto ha con i risultati della salute mentale (Pellicane & Ciesla, 2022). Secondo il senso comune, si pensa che l'occultamento della propria identità alla propria rete sociale e al mondo esterno sia una via di fuga dalla responsabilizzazione e dalle difficoltà. Tuttavia, non si tiene conto che la negoziazione dell'outness porta con sé numerose implicazioni cognitive, emotive e comportamentali (Pachankis, 2007; Brennan et al., 2021;). Questo perché rivelare un'identità stigmatizzata può portare a risultati positivi sulla salute mentale (Camacho, Reinka e Quinn, 2020), ma fare coming out può avere conseguenze negative quando c'è una risposta avversa proveniente dall'esterno (Chaudoir & Fisher, 2010). Di conseguenza, le decisioni individuali sull'opportunità di nascondere la propria identità transgender dipendono fortemente dal contesto sociale e spesso richiedono di bilanciare il bisogno di essere autentici e fedeli a sé stessi con la tutela della propria sicurezza (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019). Ad esempio, una persona che non rivela la propria identità transgender sarà meno soggetta a transfobia, ma allo stesso tempo non potrà ricevere validazione esterna, riconoscimento e supporto sociale e sanitario.

Uno dei principali outcome del minority stress sulla salute mentale riguarda gli alti livelli di ideazione e comportamento suicida (Hendricks & Testa, 2012). La sua frequenza e la particolarità applicati all'esperienza della popolazione transgender e non

binary richiedono un'analisi più approfondita rispetto agli altri esiti riscontrati. Le persone che esperiscono un eccessivo carico di stress e arrivano a produrre pensieri o tentativi suicidari sono caratterizzati da una maggiore tolleranza al dolore fisico (Van Orden et al, 2010). Questa può svilupparsi come risultato di ripetuti atti di autolesionismo, da una storia di abuso fisico o aggressioni, o da qualsiasi altra esposizione ripetuta al dolore che aumenta gradualmente la capacità dell'individuo di tollerarlo senza cercare di porre fine alla causa di quel dolore. Questa tolleranza del dolore così appresa contribuisce allo sviluppo della capacità di impegnarsi in autolesionismo sedativo (Van Orden et al., 2010). Clements-Nolle e colleghi (2006) hanno riscontrato che i tentativi di suicidio sono spesso associati alla recente disoccupazione, alle molestie sessuali e allo stupro, alla vittimizzazione verbale e fisica legata al genere e alla bassa autostima. Ricerche successive mostrano che ulteriori fattori positivamente correlati a una maggiore probabilità di ideazione e comportamento suicidario sono la mancata esperienza di affermazione sociale, medica e legale, la transfobia interiorizzata e il ritardo di cure mediche per paura di subire discriminazioni (Perez-Brumer et al., 2015; Gosling et al., 2022).

Relativamente ai fattori di protezione, evidenze scientifiche mostrano che le persone transgender sono in grado di avvalersi di strategie di adattamento, come la resilienza, il coping, il sostegno familiare e la connessione con la propria comunità per fronteggiare il minority stress (Singh et al., 2011; Singh et al., 2014; Pflum, et al, 2015; Valentine e Shiperd, 2018; Schulman & Erikson-Schroth, 2019; Gosling et al., 2022). Sia la resilienza che il supporto sociale rappresentano una parte integrante del modello del minority stress perché svolgono un effetto tampone sui fattori di stress, come la transfobia sociale e interiorizzata, il misgendering e riducono la probabilità di sviluppare esiti negativi per la salute (Meyer, 2015; Singh et al., 2011; 2014; Pflum et al., 2015, McLemore, 2018).

Alla luce dei risultati emersi dalla letteratura, è possibile concludere che gli interventi a livello individuale che aiutano le persone ad acquisire capacità di coping, ad accedere ai supporti sociali e a ridurre la sintomatologia sono necessari, ma non sufficienti per affrontare le cause sociali di disparità di salute tra le minoranze di genere e la popolazione generale. Concentrarsi solo sugli outcome della salute mentale può servire a patologizzare eccessivamente una popolazione vulnerabile che potrebbe sperimentare una

risposta normativa alla discriminazione, alla violenza e all'esclusione pervasive (Valentine e Shiperd, 2018). Pertanto, le strategie volte alla valutazione della salute mentale dovrebbero includere la valutazione dei fattori contestuali che hanno prodotto la vulnerabilità per queste condizioni.

## **CAPITOLO 3**

### **METODOLOGIA DELLA RICERCA**

#### **3.1 Obiettivi**

La presente ricerca nasce come parte integrante del progetto “Network di supporto sociale e benessere psicologico tra giovani persone LGBT+ durante la pandemia da Covid-19 – Fase di follow up per mezzo di interviste” diretto dalla prof.ssa Marina Miscioscia del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell’Università degli Studi di Padova. L’obiettivo di tale progetto è quello di esplorare come le persone che sono parte della comunità LGBT+ abbiano reagito a questo particolare momento di emergenza sanitaria e alle misure di sicurezza adottate per il contenimento del contagio del Covid-19. La necessità di ampliare le conoscenze rispetto alle caratteristiche di questo fenomeno si inserisce all’interno di un quadro più ampio, che è quello della tutela dei diritti e della salute delle persone LGBT+ in Italia. Dalla ricerca scientifica, infatti, è emerso che il contesto italiano non è supportivo nei confronti della comunità LGBT+, in particolar modo delle persone appartenenti a minoranze di genere (Bochicchio et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Scandurra et al., 2020). Uno dei motivi riguarda la legge italiana 164, promulgata nel 1982, che regola la chirurgia affermativa di genere (GAS). Secondo questa legge spetta al tribunale decidere se una persona può sottoporsi alla GAS e può ricevere la rettifica dei documenti d’identità. Tale decisione può giungere solo in seguito ad una valutazione psicologica o psichiatrica che attesti la presenza di disforia di genere. Nel luglio 2015, la sentenza n. 15.138 emessa dalla Corte di Cassazione ha permesso ad alcune persone transgender italiane di cambiare il loro nome all’anagrafe anche senza essere state prima sottoposte a GAS, ma si è trattato di un caso isolato, perché la legislazione non ha comunque subito variazioni rispetto al modello del 1982. Pertanto, le persone transgender, al fine di ottenere il diritto di procedere con la transizione legale, devono ancora dimostrare di aver intrapreso un percorso di transizione medicalizzato, il quale presenta a sua volta numerosi ostacoli data la complessità dell’assistenza sanitaria in Italia. Infatti, i servizi specializzati in cure di affermazione di

genere coordinati dall'Osservatorio Nazionale sull'Incongruenza di Genere (ONIG; 2017) non coprono tutti i territori italiani, e i centri presentano caratteristiche individuali che dipendono da direttive regionali in termini di erogazione di medicinali, visite specialistiche e accesso ai servizi specifici (Mirabella et al., 2021). Questo implica difficoltà di networking tra centri e disparità di opportunità per gli utenti. L'Italia, inoltre, non ha attualmente politiche sociali antidiscriminatorie che tutelino le persone transgender e non binary dai crimini d'odio o dallo stigma sociale, il che preclude loro di beneficiare degli effetti positivi che queste politiche possono avere sulla loro qualità di vita (Perez Brumer et al., 2015; Scandurra et al., 2020). Un primo tentativo è stato fatto nel 2020 con il DDL Zan, il disegno di legge volto a perseguire le discriminazioni basate sul sesso, sul genere, sull'orientamento sessuale, sull'identità di genere e sulla disabilità. Tuttavia, non ha mai ricevuto approvazione da parte del Senato a causa di pressioni politiche e ideologiche. La mancanza di una legge contro l'omotransfobia ha fatto in modo che l'Italia occupi solamente il 33° posto in Europa per quanto riguarda i diritti delle persone LGBT+ (ILGA Europe; 2022).

Alla luce di tali considerazioni, è possibile comprendere come questa popolazione sia condizionata da significative vulnerabilità strutturali e sorge spontaneo interrogarsi, data la scarsa letteratura scientifica prodotta, in che modo sia stata ulteriormente influenzata dalle eccezionali condizioni del fenomeno pandemico che ha caratterizzato il territorio italiano nel biennio 2020-2022. L'obiettivo del presente progetto di tesi, dunque, è quello di esplorare tale tema, focalizzandosi sulle conseguenze rilevabili nell'ambito del benessere psicologico e della salute mentale.

### **3.2 Partecipanti**

Lo studio ha preso in considerazione un campione composto da diciotto partecipanti di età compresa tra i 18 e i 43 anni. È opportuno sottolineare che, di questi, dodici hanno un'età compresa tra i 18 e i 26 anni. Dal punto di vista dell'identità di genere dodici persone si identificano come transgender, cinque come non binary e una come agender. Rispetto all'orientamento sessuale 13 partecipanti mostrano grande variabilità: cinque persone si definiscono eterosessuali, una omosessuale, una bisessuale, due

pansessuali, due demisessuali, due queer, una androfila e una ginefila. Tre persone, infine, dichiarano di non avere un orientamento sessuale in cui si riconoscono. Per quanto riguarda il massimo grado di scolarizzazione raggiunto, undici persone hanno un livello di istruzione pari alla scuola secondaria di secondo grado, quattro hanno conseguito una laurea triennale, due una laurea magistrale e una un master. Infine, rispetto all'occupazione attuale, tre persone hanno dichiarato di essere disoccupate, sei di essere lavorator3, quattro di essere student3-lavorator3 e cinque di essere student3.

L'intero progetto di ricerca è stato pienamente approvato in data 17/06/2021 dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica, Area 17 dell'Università degli Studi di Padova (protocollo n.4257/2021) ed è stato redatto in conformità alle norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea e alla Dichiarazione di Helsinki. Inoltre, ogni ricercatore coinvolto nella somministrazione, raccolta e custodia dei dati risponde al Codice Deontologico degli Psicologi.

I criteri di inclusione che sono stati considerati per permettere la partecipazione alla ricerca sono stati l'età dell3 partecipanti maggiore o uguale a 18 anni, l'identificarsi come persone transgender o non binary e l'aver trascorso almeno parte della pandemia nel territorio italiano.

Tutt3 l3 partecipanti, prima di prendere parte alle interviste qualitative, sono stat3 contattat3 tramite e-mail ed è stato inviato loro il consenso informato ritenuto idoneo dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica, Area 17 dell'Università degli Studi di Padova. Tale documento è stato accompagnato da un resoconto dettagliato delle modalità di svolgimento della ricerca ed è stato compilato e sottoscritto da ciascun3 partecipante. Qualsiasi ulteriore dubbio o richiesta di informazioni poteva essere presentato in qualunque momento al referente del progetto. Tutte le interviste si sono svolte in videochiamata tramite la piattaforma digitale Zoom dal 13 aprile 2021 al 28 febbraio 2022, sono state registrate in accordo con l3 partecipanti e hanno avuto una durata dai 30 minuti ai 90 minuti.

All'inizio di ciascuna intervista è stato ricordato all3 partecipanti la possibilità di rivedere e ritirare il proprio consenso all'utilizzo dei dati in qualsiasi momento della ricerca, nonché la possibilità di non rispondere alle domande nel caso non si sentissero a loro agio nel farlo. A ciascun3 partecipante è stato domandato quale pronome desiderasse utilizzare al fine di rispettare la sua identità di genere e poi sono l3 state chieste alcune

informazioni di carattere sociodemografico (età, identità di genere, orientamento sessuale, grado di scolarizzazione, occupazione). Successivamente sono state poste 13 domande volte ad indagare l'esperienza e gli atteggiamenti delle partecipanti prima e durante la pandemia da Covid-19. Tali domande sono state formulate come segue:

- 1) Per prima cosa vorrei che mi parlassi della tua vita prima dello scoppio della pandemia nella primavera del 2020. Vorresti raccontarmi un po' di te riguardo a: occupazione, situazione abitativa, situazione relazionale con partner/famiglia, attività nel tempo libero, relazioni di amicizia?
- 2) Come hai vissuto durante la pandemia? Ci sono stati dei cambiamenti significativi, in qualche modo, riguardo a: occupazione, situazione abitativa, situazione relazionale con partner/famiglia, attività nel tempo libero, relazioni di amicizia?
- 3) Sei stato contagiato dal Covid-19 o qualcuno dei tuoi contatti stretti lo è stato? Se sì, per favore, raccontami come hai vissuto questa situazione.
- 4) Hai dovuto osservare dei periodi di quarantena? Se sì, per favore raccontami come hai vissuto questa esperienza.
- 5) Hai avuto paura o hai tuttora paura del virus, o di esserti contagiato? Qualcuno dei tuoi contatti stretti ha avuto paura o ha paura di ciò? Se sì, per favore spiegami come vivi questa situazione.
- 6) Come hai vissuto le norme di distanziamento fisico o sociale? Raccontami la tua esperienza.
- 7) Le restrizioni sui viaggi hanno avuto ripercussioni sulla tua vita? Raccontami la tua esperienza.
- 8) Credi di aver accusato delle ripercussioni sul tuo benessere psicologico durante la pandemia? Come? (Aumentato o diminuito, preoccupazioni, stress, gioia, irritazione, ...)
- 9) Molte persone appartenenti alla comunità LGBT+ sono soggette, nella loro esperienza quotidiana, al minority stress. Questa situazione di disagio è originata da diversi fattori stressanti derivanti dal tuo ruolo nella società in quanto appartenente ad una minoranza sessuale; per esempio, essere transgender o non binary in una società cisnormativa, o essere lesbica, gay o

bisessuale in una società eteronormativa. Tra le varie situazioni stressanti riconducibili al minority stress rientrano discriminazione, violenza fisica, psicologica e sessuale, minacce, ma anche micro-aggressioni come commenti subdoli o mimica esagerata che ti fanno sentire esposto o differente. È questo concetto qualcosa che suona familiare all'interno della tua esperienza?

- 10) Hai risentito durante la pandemia di situazioni riconducibili al concetto di minority stress? Se sì, per favore raccontami cosa è accaduto. Hai sperimentato maggiore o minore disagio legato ai fattori del minority stress durante questo periodo? Come affronti le varie situazioni rientranti nel concetto di minority stress?
- 11) Pensi che nel futuro post-pandemia ci possano essere dei cambiamenti nella tua situazione? Quali?
- 12) Pensi che la rimozione delle restrizioni in atto a causa della pandemia avrà delle ripercussioni sul tuo benessere psicologico? Quali?
- 13) C'è qualcos'altro che vorresti condividere con me circa la tua esperienza della pandemia in quanto, ma non solo, persona appartenente alla comunità LGBT+?

Al termine delle interviste tutti i file audio sono stati interamente trascritti su documenti Microsoft Word e tutti i nomi citati sono stati sostituiti per garantire la massima anonimità dei dati. In seguito, il materiale testuale è stato revisionato e analizzato utilizzando la metodologia della Thematic Analysis teorizzata da Braun e Clark (2006).

### **3.3 Strumenti**

La Thematic Analysis è una procedura standardizzata efficace per effettuare l'analisi dei dati nel contesto di una ricerca qualitativa. La scelta di utilizzarla all'interno di questo progetto è motivata dal fatto che si tratta di uno strumento in grado di fornire non solo un resoconto esaustivo e particolareggiato del contenuto dei dati raccolti, ma permette allo ricercatore di far emergere il significato del messaggio che i partecipanti cercano di trasmettere all'interno delle loro testimonianze. A differenza di altri strumenti

di analisi qualitativa, come l'Analisi Interpretativa Fenomenologica (Smith, Jarman & Osborne, 1999) e la Grounded Theory (Charmaz, 2002), essa non è fondata su alcun riferimento teorico specifico. Questo costituisce un vantaggio dal momento che permette, a chi ne fa uso, di spaziare liberamente all'interno di differenti quadri teorici (Braun & Clarke, 2006) ed è il motivo per cui questa metodologia ha riscosso il crescente interesse da parte della comunità scientifica.

L'analisi tematica richiede una serie di scelte metodologiche che devono essere prese in considerazione prima che prenda avvio l'analisi dei dati e verificate dall' ricercatore durante tutte le fasi successive. Il processo decisionale trova attuazione nella codifica dei dati e nell'inquadramento di temi. Con il concetto di "tema" le autrici si riferiscono ad un argomento ricorrente all'interno dei dati che risulta di rilievo in relazione alla domanda di ricerca e utile al fine di comprendere un determinato fenomeno. Pertanto, l'individuazione dei temi è strettamente correlata all'obiettivo generale che ci si prefigge, che può essere fornire all' lettore un quadro di insieme dei dati oppure approfondire un aspetto in particolare, individuato nei dati, in relazione ad un costrutto teorico.

L'identificazione di un tema non è vincolata da indicatori quantitativi come la prevalenza o la rilevanza: se pare che il tema occupi uno spazio più ampio all'interno dei dati, non significa necessariamente che esso abbia maggiore importanza rispetto ad altri temi. Inoltre, un tema potrebbe ricoprire uno spazio considerevole in alcuni aspetti dei dati ed essere scarsamente presente in altri. In questo processo è fondamentale l'approccio utilizzato dall' ricercatore: sarà grazie alla sua flessibilità nello spostarsi all'interno del testo avvalendosi di metodi diversi, ma pur sempre rimanendo coerente all'obiettivo della ricerca, che sarà possibile determinare quali sono gli aspetti più salienti e cosa è opportuno definire come tema. Questo lavoro, caratterizzato da movimenti avanti e indietro lungo tutto l'intero set di dati, nel corso delle varie fasi e secondo le necessità, definisce la natura della Thematic Analysis, che si afferma non come un processo lineare, bensì progressivo. Nello specifico, Braun e Clarke (2006) hanno suddiviso la Thematic Analysis in sei fasi, così denominate:

- 1) Familiarizzazione con i dati
- 2) Generazione dei codici iniziali
- 3) Ricerca di temi
- 4) Revisione dei temi

- 5) Definizione e denominazione dei temi
- 6) Produzione del rapporto

La prima fase, definita come familiarizzazione con i dati, è contraddistinta dall'immersione nei dati da parte dellə ricercatorə. Parte di questo processo avviene durante la trascrizione delle registrazioni audio in quanto, sebbene possa essere dispendioso, costituisce la prima opportunità per entrare in contatto con gli elementi salienti. La familiarizzazione con i dati, di solito, necessita di un processo di lettura e rilettura del testo per entrare in confidenza con il contenuto dei dati, prestando attenzione alla presenza di eventuali schemi e modelli. È opportuno leggere l'intero set di dati almeno una volta prima di iniziare la codifica, poiché le idee e l'individuazione di possibili modelli andranno a configurarsi durante la lettura. È importante possedere una conoscenza integrale di tutti gli aspetti dei dati perché questa fase fornisce il materiale di base per il resto dell'analisi: se si effettua una selezione e si va a lavorare su parti ridotte del materiale si rischia di ottenere un risultato incompleto e insufficiente. La lettura e rilettura dei dati implica un impiego di tempo considerevole, motivo per cui la ricerca qualitativa tende ad utilizzare campioni dalla numerosità ridotta. A tal proposito, è consigliabile attivarsi sin da subito nel prendere appunti o annotare idee che successivamente potranno essere utili nella fase di codifica vera e propria (Braun & Clarke, 2006).

Nella seconda fase avviene la generazione dei codici iniziali. I codici hanno lo scopo di catturare uno o più aspetti caratteristici dei dati ritenuti rilevanti dallə ricercatorə. La codifica del testo è un processo di fondamentale importanza all'interno dell'analisi, perché implica una prima organizzazione dei dati in gruppi significativi. Tuttavia, è opportuno avere ben chiara in mente la distinzione tra i codici e i temi, i quali rappresentano unità di analisi e sono spesso più ampi. La codifica può essere eseguita manualmente utilizzando strategie come l'annotazione di osservazioni personali a margine del testo oppure l'utilizzo di materiale da cartoleria come penne colorate, evidenziatori o post-it per mettere in evidenza passaggi significativi. Inoltre, si può ricorrere all'apporto di software specifici per l'analisi qualitativa. Nello specifico questa fase è costituita dai seguenti stadi: creare il maggior numero di potenziali codici, considerando che potrebbero essere rilevanti anche in seguito; conservare alcuni dati circostanti, se pertinenti; ricordare che è possibile codificare i singoli estratti di dati in

tanti temi diversi quanti più si adattano. Può accadere, infatti, che un unico estratto di testo possa essere non codificato, codificato una sola volta o codificato più volte, a seconda dei casi (Braun & Clarke, 2006).

La terza fase coincide con la ricerca dei temi: i codici precedentemente ottenuti devono essere organizzati e combinati in temi generali in grado di descrivere in modo pertinente i dati. Questa fase permette di ampliare il raggio d'azione dell'analisi, la quale trasla dall'identificazione dei codici a quella dei temi. Una volta raccolta una adeguata quantità di diversi codici identificati nel set di dati, si può procedere con la loro organizzazione in potenziali temi e con la raccolta di tutti gli estratti di dati codificati all'interno dei temi individuati. Una strategia utile in questa fase può essere quella di avvalersi di rappresentazioni visive o supporti grafici, come tabelle o mappe mentali, che permettono di rendere più semplice e agevole la classificazione dei diversi codici in temi. Tale classificazione avrà come risultato il fatto che alcuni codici andranno a contribuire alla formazione dei temi principali, altri possono formare dei sottotemi, mentre altri ancora potrebbero essere messi da parte perché superflui. È possibile che in questa fase alcuni codici risultino come non appropriati per nessuna classificazione specifica. In tal caso possono essere momentaneamente raggruppati all'interno di un tema generico etichettato come "Varie". È opportuno, tuttavia, che non venga tralasciato nulla perché, occorre avere prima una panoramica dettagliata di tutti gli estratti per avere la certezza della validità dei temi e se alcuni di essi debbano essere combinati, separati, o scartati.

La quarta fase consiste nella revisione dei temi: lo ricercatore deve riconsiderare uno per uno tutti i possibili temi individuati e riconoscere quelli che vanno scartati a causa della mancanza di dati a loro sostegno, quelli che in un primo momento apparivano come temi distinti e, al contrario, coincidono in un unico tema, quelli che necessitano di essere accorpati ad un tema più generale. Questa fase è contraddistinta da un primo livello di revisione e perfezionamento degli estratti dei dati codificati: si rileggono cioè tutti gli estratti riconducibili ad ogni tema e si valuta se emerge effettivamente uno schema chiaro e coerente da ogni gruppo. Il secondo livello prevede un processo analogo, ma in relazione al set di dati nella sua globalità. Se emerge una mappa tematica in grado di supportare i dati e la prospettiva teorica di riferimento, si passa alla fase successiva. Tuttavia, se la mappa non è coerente con il set di dati, è necessario ritornare ad un perfezionamento della codifica fino a quando non si ha elaborato una mappa tematica sufficientemente esaustiva.

Questo processo potrebbe protrarsi ad oltranza, è importante pertanto riconoscere quando le modifiche non forniscono ulteriori sviluppi per l'analisi e a quel punto fermarsi e passare alla fase successiva. Al termine di questa fase, si dovrebbe possedere un quadro chiaro di quali siano i diversi temi, di come siano in relazione l'uno con l'altro e della narrazione che sono in grado di portare.

Nella quinta fase si procede con la definizione e denominazione dei temi. Questo processo consiste nello stabilire da cosa è costituito un tema e quali sono gli aspetti più interessanti in relazione ai dati raccolti. A tale scopo è necessario identificare il nucleo di ciascun tema e se questo presenta o meno dei sottotemi al suo interno. I sottotemi possono essere utili per organizzare la struttura di un tema particolarmente ampio e complesso e per permettere al lettore di muoversi più agevolmente all'interno dell'analisi. Infine, in questa fase si possono iniziare ad assegnare delle etichette specifiche a ciascuna area tematica sulla base di ciò che viene raccontato dai dati che ne fanno parte. Queste devono essere chiare, concise e rimandare prontamente al contenuto del tema.

L'ultima fase è costituita dalla produzione del rapporto. Tale step serve a portare a termine l'obiettivo dell'analisi tematica, ovvero quello di esporre i dati in modo tale da mostrare al lettore l'efficacia dello strumento e la validità dei risultati ottenuti. È importante che l'analisi fornisca un resoconto completo e coerente di ogni aspetto che emerge dai dati. Inoltre, devono essere presenti all'interno dei dati prove sufficienti a sostegno dei temi. A tal proposito è consigliabile accompagnare l'analisi puramente descrittiva con estratti presi direttamente dal testo, in modo da offrire al lettore la possibilità di entrare in contatto con le testimonianze originali. L'esposizione dei dati, inoltre, deve essere avvalorata da una narrativa esaustiva in grado di argomentare i risultati ottenuti alla luce delle scelte metodologiche adottate e della domanda di ricerca posta in principio.

Le sei fasi della Thematic Analysis sono state seguite anche all'interno del presente lavoro di ricerca: in seguito ad un'attenta lettura delle trascrizioni delle interviste si è proceduto con la rilevazione dei codici, i quali sono stati organizzati in tabelle e raggruppati sulla base di caratteristiche comuni, infine ciascun gruppo è stato associato ad un tema o ad un sottotema e gli è stata assegnata un'etichetta sufficientemente rappresentativa. Ogni step del lavoro è stato condiviso con un secondo ricercatore che si

è occupato di effettuare una revisione dell'analisi e apportare eventuali correzioni e/o aggiunte. È andata a comporsi, in questo modo, un'interpretazione esaustiva dei dati, in grado di far affiorare tutte le peculiarità del contenuto delle varie interviste.

## CAPITOLO 4

### ANALISI DEI RISULTATI

L'utilizzo della Thematic Analysis nel processo di analisi dei dati ha permesso l'individuazione di numerosi temi significativi e ricorrenti all'interno delle interviste. Nell'interesse della presente ricerca ne sono stati selezionati cinque, i quali a loro volta comprendono ulteriori sottotemi, come è possibile osservare nella Tabella 4.1 sottostante.

<b>Temi</b>	<b>Sottotemi</b>
Cambiamenti nella vita quotidiana causati dalle restrizioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguenze del distanziamento fisico e sociale</li> <li>- Conseguenze dell'isolamento in casa</li> <li>- Conseguenze delle restrizioni sui viaggi</li> <li>- Conseguenze della rimozione delle restrizioni</li> <li>- Paura del contagio</li> </ul>
Atteggiamenti verso le restrizioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importanza del rispetto delle restrizioni</li> <li>- Ruolo protettivo delle restrizioni</li> <li>- Lockdown come opportunità di cambiamento</li> <li>- Strategie adottate per fronteggiare il lockdown</li> </ul>
Conseguenze psicosociali della pandemia da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguenze del lockdown sul mondo del lavoro e della scuola</li> <li>- Conseguenze del lockdown sulle relazioni sociali e sentimentali</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguenze del lockdown sulla salute mentale</li> <li>- Conseguenze del lockdown sulla transizione</li> </ul>
Stigma sociale percepito e vissuto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discriminazioni e micro-aggressioni</li> <li>- Misgendering</li> <li>- Deadnaming</li> <li>- Body shaming</li> <li>- Mancanza di comprensione e accettazione esterna</li> <li>- Stigma interiorizzato</li> </ul>
Atteggiamenti verso lo stigma sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reazioni verso lo stigma sociale</li> <li>- Riflessioni sulla natura del problema</li> <li>- Gap generazionale dell'accettazione</li> </ul>

*Tabella 4.1: Temi e sottotemi individuati mediante la Thematic Analysis*

#### **4.1 Cambiamenti nella vita quotidiana causati dalle restrizioni**

Il primo tema emerso dall'analisi dei dati riguarda i cambiamenti avvenuti nella vita quotidiana delle persone intervistate a causa delle misure restrittive introdotte a livello nazionale per fronteggiare la pandemia. Questo tema accorpa al suo interno cinque sottotemi che riguardano le conseguenze del distanziamento fisico e sociale, dell'isolamento domiciliare, delle restrizioni sui viaggi, della rimozione delle restrizioni vigenti e infine la paura di venire contagiato. Di seguito verranno affrontati uno alla volta.

Le misure di sicurezza volte a garantire il distanziamento fisico e sociale delle persone hanno impedito, in primo luogo, di poter interagire con le altre, in particolar modo con le amiche e con le persone che costituiscono una rete sociale di supporto. Giorgio, ad esempio, non ha potuto vedere la sua compagna all'inizio di quella che era la sua prima

relazione sentimentale e non ha potuto interagire con le vicine di casa e instaurare relazioni significative nella città in cui si era appena trasferito. Riccardo, invece, ha sofferto il fatto che, quando si trovava in un ambiente chiuso con una o più persone, era obbligato a tenere la mascherina, le finestre aperte, non poter abbracciare le altre persone, ma solo salutarsi con il gomito.

È emerso, pertanto, che queste limitazioni hanno comportato significative conseguenze sulla qualità della vita delle persone, così come afferma Carlo Michele:

*“Vivo male il fatto che le persone non capiscano che questa cosa non è una cosa positiva, ma è una cosa negativa. Perché il contatto con le persone, l’interscambio è fondamentale per la crescita.”*

Non tutti le partecipanti, tuttavia, hanno riferito di aver sofferto a causa del distanziamento fisico e sociale. Lisa Andrea, Federico, Francesca e Giorgia, ad esempio, hanno apprezzato il fatto di poter evitare il contatto fisico con le altre, in quanto non si sentono particolarmente a loro agio nello scambiare abbracci o camminare per strada in mezzo a tanta gente. Francesca, inoltre, afferma che il contatto fisico non è mai rientrato tra le consuetudini alle quali è stata abituata nell’ambiente familiare, perciò non ne soffre la mancanza, così come l’interazione con le amiche che comunque può vedere per via telematica. Inoltre, osserva che vi erano altre priorità, in quel momento della sua vita, che richiedevano la sua attenzione, come il percorso di transizione:

*“Non l’ho patita così tanto a essere sincera... Ero talmente concentrata sulla transizione, sull’arrivare a iniziare la terapia ormonale, che tutto il resto era abbastanza secondario.”*

Un’altra riflessione interessante proviene da Michela, la quale ha vissuto positivamente il distanziamento fisico e sociale non tanto perché il contatto fisico le provoca disagio, quanto più perché lo ritiene un elemento superfluo nel processo di interazione con le altre:

*“Mi chiedevano «Ma non ti dà fastidio non poterci vedere di persona?» Da un lato sì, perché obiettivamente ci sono cose che puoi fare insieme soltanto di persona, però dall’altro lato... Mi ha fatto riflettere su, invece, quanto io trovi sconnessi, in un certo senso, il corpo e la persona... A me*

*piace la persona, piace interagire, parlare con la persona, il fatto che il corpo della persona sia presente o assente, che forma abbia il corpo della persona, come quella persona decida di presentarlo... Per me sono tutti fattori abbastanza irrilevanti.”*

Rispetto alle conseguenze dell'isolamento domiciliare è significativa la testimonianza di Silvio che racconta che dovendo rimanere sempre in casa, senza altre distrazioni, ha sofferto in modo più acuto i sintomi fisici correlati alla disforia di genere. A questo peso si è aggiunto il fatto che l'isolamento gli ha impedito di frequentare le amicizie che hanno sempre appoggiato la sua identità di genere e lo ha costretto a condividere l'ambiente domiciliare con persone non supportive o ostili. Per questo motivo, racconta, ha raggiunto uno stato di apatia e mancanza di prospettive per il futuro, al punto da sviluppare pensieri autolesionistici. Anche per Giacomo e Pietro la convivenza forzata con familiari che non li accettavano è stata impegnativa, anche perché ha esacerbato le tensioni relazionali già esistenti.

Carlo Michele, invece, ha sofferto l'impossibilità di svolgere attività fisica e scaricare così lo stress accumulato:

*“Sono talmente nevrotico, talmente carico. Perché, oltretutto, mi hanno chiuso le palestre, l'esercizio che fai a casa non è come l'esercizio della palestra che ti smonta, ti scarica. Quindi sei talmente carico di stress, di nervoso che basta un niente e sei una miccia.”*

Infine, Nicola ha lamentato la necessità di trascorrere del tempo all'aria aperta:

*“Mi mancava andare a perdermi nella natura, vedere quei monumenti, uscire anche di notte a prendere un po' d'aria.”*

Solo due partecipanti hanno riscontrato conseguenze positive dovute all'isolamento domiciliare: Lisa Andrea ha vissuto questa esperienza come un momento di “tregua” dalla pressione sociale e un'opportunità per ritrovare tranquillità e pace; secondo Silvio, invece, il lockdown e l'impossibilità di frequentare altre persone gli hanno permesso di riscoprire il valore delle relazioni interpersonali.

Undici partecipanti hanno riferito di aver risentito particolarmente delle restrizioni sui viaggi, in quanto hanno privato le persone della possibilità di spostarsi da un luogo all'altro per motivi di svago, lavoro, rientro presso la propria residenza o visita ad amici

e familiari. Inoltre, anche quando era possibile effettuare viaggi, spesso è stato evitato perché i servizi di trasporto pubblico italiano non garantivano tutte le misure di sicurezza previste, come ad esempio la riduzione della capienza, pertanto, vi era un alto rischio di contrarre il virus e trasmetterlo alle persone care. Questo è stato percepito come una limitazione della libertà personale, come essere “ingabbiati”, e ha comportato un forte senso di oppressione e dolore. Rispetto a questo, ad esempio, Silvio ha riferito che il fatto di essere stato privato della possibilità di poter viaggiare e di poter vivere momenti di divertimento ha contribuito a fare in modo che lui concentrasse ancora più attenzioni ed energie sulla sua disforia di genere. Pietro, inoltre, si è lamentato del fatto che le restrizioni sugli spostamenti lo hanno costretto a trascorrere a casa più tempo del dovuto, in un ambiente familiare ostile e non supportivo. Carlo Michele affronta un’ulteriore problematica significativa: quella dell’accesso all’assistenza sanitaria. A tal proposito afferma: “Anche la possibilità di poter andare a curarmi o poter andare a fare cose per la mia salute all’estero, non le posso più fare. E questo è pesante.” Frequentemente, infatti, coloro che intraprendono un percorso di transizione scelgono di affidarsi ad un sistema sanitario in un paese estero piuttosto che in Italia, per poter usufruire di un servizio di maggiore qualità in grado di rispettare tempistiche più veloci. Solo una persona tra le intervistate ha riferito di non aver riscontrato ripercussioni perché non abituata a viaggiare anche prima dell’avvento della pandemia.

In generale, è stata riscontrata una visione positiva del futuro post pandemia in relazione alla rimozione delle misure di sicurezza. Molti partecipanti pensano che potranno esserci degli effetti positivi sulle relazioni sociali, le quali, nonostante aumentino l’esposizione a micro-aggressioni, sono fondamentali per il benessere psicologico dell’individuo. Inoltre, pensano che si potrà tornare ad una routine quotidiana normale e con la riapertura di tutti i settori lavorativi si potranno creare maggiori opportunità d’impiego per le giovanze, fenomeno che favorirà una stabilità economica tale per cui sarà possibile portare avanti in modo più agevole i percorsi di transizione.

Silvio racconta che anche solo l’allentamento delle misure restrittive del lockdown ha significato per lui un miglioramento nella sua qualità di vita. Infatti, è riuscito a rivolgersi ad uno sportello di accoglienza per persone transgender dove ha potuto ricevere l’ascolto e il supporto che gli erano mancati durante l’isolamento domiciliare e successivamente ha potuto iniziare un percorso di terapia prima psicologica e poi anche

ormonale. Coerentemente con la testimonianza di Silvio, anche Pietro, sportellista volontario, ritiene che la rimozione delle limitazioni sulla capienza dei luoghi al chiuso offrirà la possibilità di tornare a riunirsi nei luoghi dell'associazionismo LGBT+ e permetterà la piena ripresa dei gruppi di socializzazione.

Tuttavia, Pietro, così come Lisa Andrea, ha espresso il suo timore rispetto al fatto che, dopo mesi interi trascorsi in isolamento, la possibilità di tornare ad interagire con il mondo esterno possa comportare un carico significativo di pressione e ansia sociale. Questo potrebbe comportare una regressione nel processo di crescita personale che tante persone sono riuscite ad intraprendere grazie alle singolari condizioni che hanno caratterizzato il lockdown.

Anche Michela risulta essere preoccupata per la possibilità che vengano rimosse tutte le restrizioni:

*“Anche se magari domani trovassi il gruppo LGBT della vita, che fa la cosa che piace a me, il cucito del mercoledì pomeriggio... Comunque, esiterei, perché a quel punto mi chiederei: «Ok voglio davvero passare due ore chiusa in una stanza con gente che non so chi è, quindi non so se si è vaccinata, non so se è prudente, non so se rispetta le regole...»”*

Rispetto alla rimozione dell'obbligo della mascherina sono emersi pareri contrastanti: ad esempio, Pietro ritiene che non doverla più usare possa dare la sensazione di sentirsi più liberi, al contrario Sarah e Federico affermano che da parte loro ci sarebbe un forte senso di disagio e ansia dipendente da quante persone ci sono attorno a loro e qual è il grado di confidenza.

Infine, Margherita esprime la speranza che si possa tornare a viaggiare liberamente e Pietro, invece, che la pandemia abbia offerto l'opportunità di ampliare le riflessioni personali e collettive permettendo una maggiore apertura mentale e attenzione rispetto ai diritti della comunità LGBT+, soprattutto da parte del personale sanitario addetto alla presa in carico.

Cinque partecipanti hanno dichiarato di non provare alcun grado di paura o una paura molto lieve del contagio, in quanto non sono appartenenti ad una categoria a rischio. Silvio, ad esempio, riferisce di essere confortato dal fatto di aver effettuato i richiami della vaccinazione contro il Covid-19, perché lo tutelano da eventuali sintomi negativi in caso dovesse essere contagiato. Tuttavia, prova comunque timore per i possibili effetti a lungo

termine, in quanto si tratta di un fenomeno ancora poco conosciuto e non vi sono ancora informazioni esaustive al riguardo. Nicola, invece, motiva la sua assenza di paura con il fatto che ha sempre osservato tutte le misure di sicurezza necessarie, mentre Francesca afferma di aver affrontato sfide più impegnative di questa, come la transizione, e di aver quindi sviluppato risorse che le permettono di gestire lo stress e “non andare nel panico”.

Tre partecipanti hanno affermato di aver avuto paura di contagiarsi con il virus solo durante il primo lockdown a causa della mancanza dei vaccini e della diffusione di notizie insufficienti o inadeguate e di aver, in seguito, modificato il proprio pensiero al riguardo. Ad esempio, Carlo Michele afferma:

*“Il primo periodo, cioè febbraio-marzo dell’anno scorso, abbiamo avuto tutti paura. (...) Le prime notizie che ti davano erano catastrofiche, ovvio che lì per lì... Poi no. Poi ho visto che era tanto fumo e due sole bracioline e allora ho detto... Ho ridimensionato molto quello che era il carico mediatico che stavano dando alla cosa.”*

Luca, invece, racconta di aver sperimentato una forte paura che potesse succedere qualcosa di negativo, che si è trasformata poi in paura della morte. Queste sensazioni hanno avuto un impatto significativo su di lui, perché sono sopraggiunte tutte insieme all’improvviso.

Sei partecipanti hanno mostrato preoccupazione per la salute di familiari e amici, in particolare se appartenenti ad una categoria a rischio. A tal proposito hanno riferito di aver dedicato un particolare impegno nel cercare di mantenere il distanziamento fisico e tenere disinfettati gli ambienti comuni della casa. Margherita riporta di provare sollievo nel vivere in un ambiente diverso da quello dei genitori o del fratello, che appartiene ad una categoria a rischio, perché in questo modo ha maggiore libertà e ha la possibilità di fare “Cose che non sono super safe, tipo conoscere gente nuova e stare in contatto con questa gente.”

## **4.2 Atteggiamenti verso le restrizioni**

Il secondo tema emerso dall’analisi dei dati riguarda gli atteggiamenti sviluppati dall3 partecipanti nei confronti delle restrizioni imposte per fronteggiare l’emergenza sanitaria.

I quattro sottotemi che sono stati individuati al suo interno sono l'importanza del rispetto delle restrizioni, il ruolo protettivo svolto da queste, il lockdown come opportunità di cambiamento e le strategie adottate per fronteggiarlo.

Rispetto al primo sottotema è risultato che secondo tre partecipanti infrangere le restrizioni imposte durante la pandemia è un atto egoistico che mette a rischio non solo la propria salute ma anche quella delle altre persone. Quando le persone non rispettano le distanze o non indossano le mascherine, infatti, vengono percepiti forte fastidio, ansia e rabbia. A tal proposito, Sarah riferisce di provare soddisfazione verso sé stessa per essere riuscita ad osservare tutte le restrizioni imposte. Inoltre, ritiene che frequentare persone altrettanto coscienti e accorte ha permesso di affrontarle più serenamente. Luca teme di non aver adottato abbastanza misure di sicurezza e precauzioni igieniche.

Francesca afferma di essersi messa intenzionalmente in una condizione di isolamento sociale anche quando non era strettamente necessario:

*“Sarà la mia paura sociale legata alla transizione, ma in realtà anche le volte in cui avrei potuto uscire e fare cose, ho sempre rispettato diligentemente tutte le cose che mi venivano dette anche a costo di sentirmi dire: «Ma dai, che esagerata.»”*

Anche Margherita ha raccontato di aver inizialmente rispettato tutte le misure di sicurezza, tuttavia, quando ha riconosciuto gli effetti che queste avevano sulla sua salute mentale, non ha più continuato:

*“Nel primo lockdown sono stata estremamente ligia. Un po' perché non potevo vivendo da sola. Però non ho mai infranto nessuna norma, assolutamente, non ho neanche incontrato amiche al supermercato o cose del genere, tipo reparto surgelati. Quindi sono stata tanto ligia. Poi ho visto gli effetti che ha avuto su di me e dopo sono stata meno ligia. (...) Non sono più riuscita ad accettare queste norme, perché mi sono sembrate delle norme che si potevano imporre in un momento di estrema emergenza, di totale ignoranza su come gestire il virus. (...) Dopo due anni di pandemia io non riesco più.”*

Michela avanza una riflessione interessante riguardo al fatto che alcune misure di sicurezza imposte non erano egualitarie, ad esempio la possibilità, durante il lockdown,

di poter far visita soltanto ai congiunti e agli affetti stabili. Infatti, secondo la normativa italiana, sono riconosciute come tali solo le persone legate reciprocamente da una relazione eterosessuale. Di conseguenza molte persone, non sentendosi riconosciute e tutelate, hanno scelto di non osservare tali restrizioni:

*“Io sono a favore del rispetto delle restrizioni perché appunto ritengo che siano utili a non far intasare le terapie intensive, non contagiarsi tutti e altre cose belle di questo tipo... Per cui mi sono ritrovata ad avere discussioni molto accese con persone il cui, chiaramente per natura della loro relazione, diciamo, non eterosessuale, quando c'è stata tutta questa cosa degli affetti stabili... Magari appunto c'è la mia amica che vive in un'altra città, però in un certo senso non erano considerati affetti stabili nella maniera corretta e quindi ci sono state, diciamo, delle discussioni molto molto tese con persone che erano talmente esasperate da questa cosa da dire: «Ok, allora adotterò, diciamo, per vendetta, dei comportamenti totalmente non sicuri e comunque farò tutto quello che mi pare, in barba a qualsiasi regola.»”*

Sei partecipanti riferiscono di provare ansia a causa della possibile rimozione dell'obbligo della mascherina, in quanto comporterebbe una maggiore esposizione al giudizio esterno e alle micro-aggressioni, a cui conseguirebbe un aumento dei livelli di minority stress percepito e di disforia di genere. Infatti, l'isolamento in casa e l'utilizzo della mascherina sono stati identificati come fattori di protezione e mettono maggiormente a proprio agio la persona perché celano allo sguardo dell'altro il viso e le parti del corpo che stanno mutando durante il delicato processo della transizione. A tal proposito, sono significative le testimonianze di Francesca:

*“Sono stata, appunto, due mesi chiusa in casa e per me è stato doppiamente faticoso, da una parte perché avevo voglia di cominciare la transizione e non potevo, dall'altra come già ti anticipavo, mi ha permesso, non tanto il Covid, quanto il primo lockdown, mi ha permesso di... Stare chiusa in casa in un momento in cui uscendo... Se non ci fosse stata la mascherina non si sarebbe capito cosa io fossi, diciamo, tecnicamente e questo naturalmente mi faceva sentire a disagio.”*

E di Samantha:

*“Se io un giorno non avevo voglia di truccarmi, potevo anche spegnere la videocamera; se, che ne so, un giorno che dovevo far la spesa non c’avevo voglia di truccarmi o di tirarmi figa mettevo la mascherina e nessuno... Cioè, non ci sono proprio problemi, ok? Questa è stata l’unica cosa positiva. Ovvero se in un momento devi fare delle robe sociali, però non hai voglia, ok? Soprattutto per una persona trans. Devi comunque diciamo avere un aspetto passabile per riuscire a vivere in una società, ok? Con la mascherina...”*

Federico, tuttavia, ha aggiunto che l’isolamento a casa ha tutelato le persone appartenenti alla comunità LGBT+ dall’essere meno sottoposti a situazioni trigger dal vivo, ma ha amplificato il fenomeno discriminatorio online a causa dell’aumento esponenziale del tempo trascorso su Internet. Anche Ilaria ha individuato un effetto collaterale al ruolo protettivo delle restrizioni: quando ha ripreso ad uscire e a trovarsi esposta a situazioni difficili, le ha vissute ancora più negativamente perché non era più abituata.

L’unico partecipante ad aver espresso una chiara avversione verso l’utilizzo della mascherina è stato Luca. Egli, infatti, ha iniziato la transizione a novembre 2019, perciò il lockdown ha coinciso con il periodo durante il quale i suoi cambiamenti fisici erano più evidenti. Doverli nascondere, quindi non poter mostrare all3 altr3 il vero sé, gli ha causato un forte malessere.

Le singolari condizioni che hanno caratterizzato il lockdown hanno spinto le persone a sviluppare nuovi punti di vista e a protendere verso il cambiamento. Questo, infatti, risulta essere uno degli aspetti predominanti emersi dalle testimonianze delle persone intervistate. Sette partecipanti hanno descritto la pandemia come un’opportunità per svolgere un lavoro di introspezione e ampliare la riflessione rispetto alla propria identità e alla propria espressione di genere, ai valori in cui credere, un modo per conoscere meglio sé stesso, un’opportunità per essere autentico e intraprendere un percorso di crescita personale.

Nicola, ad esempio, ha raccontato di aver sfruttato il lockdown come momento per capire chi fosse e cosa volesse e per intraprendere finalmente un percorso psicologico. Questo gli ha permesso di portare un cambiamento positivo nella sua vita:

*“Grazie a questo tempo mi sono preso più o meno tre settimane di stacco totale dal mondo. Ho iniziato a macinare, a lavorare su di me, a vedere. E da lì ho trovato la carica per passare a prendermi la mia vita in mano, a progettare un futuro, a mollare la relazione che avevo perché preferisco stare da solo, ad andare all'estero (perché mi sto per trasferire), ad avere il coraggio di buttarmi di più.”*

Secondo Silvio, che è sempre stato una persona solitaria, il fatto di aver riscoperto durante il lockdown quanto può essere piacevole la compagnia dell3 altr3 e quanto possa creare disagio se questa viene a mancare, lo ha spinto a cambiare. Anche Lisa Andrea ha riconosciuto il fatto che il lockdown l3 abbia permesso di valorizzare maggiormente l'interazione con l3 altr3.

Secondo Samantha il fatto di non essere stat3 a contatto con altre persone per lungo tempo ha comportato un allentamento dei filtri sociali e ha favorito l'autenticità delle persone:

*“Essendo un periodo senza contatti sociali, quindi non hai bisogno di crearti... Di tenerti su la maschera sociale che hai, ok? Quando incontri una persona è un po' più complicato mettersi addosso un costume che non sei più abituato a portare. E ti ci vuole un pochino, quindi è un po' più semplice capire chi hai di fronte.”*

Giorgio, invece, ha iniziato ad intraprendere delle ricerche in Internet e così ha capito di riconoscersi più nello spettro non binary che in quello maschile. Inoltre, ha avuto la possibilità di riscoprire i vestiti e gli accessori che utilizzava prima della transizione e di sentirsi a suo agio con essi in un corpo nuovo. Questo gli ha permesso di acquisire una nuova consapevolezza: l'abbigliamento non è identificativo di un genere o di un altro, ma sta all'individuo scegliere cosa indossare per sentirsi pienamente a suo agio. Altri due partecipanti che sono stati in grado di riflettere maggiormente sulla propria identità di genere, al punto da scegliere di fare coming out, sono stati Riccardo:

*“Durante la pandemia onestamente non so per quale motivo sia uscita questa cosa e ho fatto coming out. Tra l'altro, lo stesso giorno in cui ho partecipato alla manifestazione per il DDL Zan e appunto ho avuto il*

*coraggio di dire: «Ok non sono questa cosa.» E tanti saluti. Proprio così.  
(...) È stata quasi una liberazione.»*

E Silvio:

*“La pandemia è stata più che altro un momento di introspezione, proprio perché ha portato alle riflessioni partendo dal fatto che io sto vivendo una vita non mia e il fatto di continuare a fingere non avrebbe portato da nessuna parte, se non a rimpianti.”*

Per Giorgio, inoltre, la pandemia ha rappresentato un fattore di cambiamento nella sua mentalità e in quella delle altre persone, perché ha contribuito a spostare l'attenzione rispetto a ciò che deve essere considerato importante, ha cambiato il sistema dei valori. Così come ha fatto lui, è possibile che anche altre persone abbiano sfruttato il momento del lockdown per riflettere sull'identità e l'espressione di genere e abbiano sviluppato una nuova propensione al cambiamento. L'idea che vi sia stata una maggiore sensibilizzazione è condivisa anche da Luca e Riccardo, il quale afferma:

*“Sicuramente negli ultimi anni si è parlato di più di essere transgender, non binary, sono uscite tantissime identità. C'è stato proprio un boom anche tra le persone molto giovani.”*

Michela, invece, ritiene che la pandemia abbia costituito un rallentamento nel suo percorso di crescita personale:

*“Onestamente penso che se io avessi iniziato questo stesso percorso e non ci fosse stata la pandemia, adesso starei molto più avanti, perché chiaramente la pandemia ha introdotto tutta una serie di fattori di stress, di nuove migliori forme di preoccupazione...”*

Alcuni partecipanti hanno raccontato di aver adottato delle strategie specifiche per fronteggiare il lockdown. Margherita, Carlo Michele, Nicola, Max e Luca, ad esempio, hanno occupato il tempo svolgendo attività ricreative e coltivando hobby come la scrittura, la fotografia, gli esercizi fisici. Strutturare la giornata scandendo il tempo secondo orari, regole e attività precise li ha aiutati a dare un senso all'esperienza che stavano vivendo e ad affrontarla con più facilità.

Sarah, inoltre, per fronteggiare le difficoltà relazionali create in famiglia in seguito all'isolamento domiciliare, ha provato a sviluppare una maggiore apertura al confronto e al dialogo. Riferisce che le è stato di grande aiuto anche ricordare che durante la pandemia tutti hanno affrontato gli stessi problemi e promuovere un atteggiamento positivo come strategia per depotenziare la frustrazione. Anche Luca afferma di essersi impegnato nel rimanere saldo rispetto alle proprie idee e non farsi influenzare dalla percezione negativa degli eventi proveniente dall'esterno.

### 4.3 Conseguenze psicosociali della pandemia da Covid-19

Il terzo tema individuato riguarda le conseguenze psicosociali della pandemia da Covid-19. Le principali aree affrontate dagli partecipanti riguardano il mondo del lavoro e della scuola, le relazioni sociali e sentimentali, la salute mentale e il percorso di transizione.

In primo luogo, sei partecipanti hanno riferito che la pandemia ha causato ripercussioni sul mondo del lavoro e sull'economia: numerose persone hanno perso il lavoro e trovarne uno nuovo è diventato sempre più difficile. Carlo Michele, ad esempio, afferma:

*“È stato negativissimo dal punto di vista del lavoro. Quello sì, perché quasi il 90% della clientela che avevo l'ho persa. Un po' per la paura loro. (...) Tanti perché hanno perso il lavoro quindi non avevamo più soldi. Se non hai più soldi non è che pensi al tatuaggio.”*

Anche Giorgia racconta la sua esperienza evidenziando le ripercussioni che ha avuto dal punto di vista economico:

*“Io in quel momento ho iniziato a collaborare a dicembre con una ragazza che vendeva oggettini che faceva lei. (...) E io le dovevo un po'... Il negozio, la comunicazione, social media, così. Diciamo che, però, con la pandemia, verso marzo/aprile ha iniziato a tagliarmi le ore per poi dirmi: «Guarda io non sto più facendo niente quindi non ti posso pagare.» Quindi*

*io ho perso... Non erano tantissimi soldi, però erano quelli che presupponi di avere.”*

Due partecipanti hanno percepito un forte stress a causa dell'aumento del carico di impegni lavorativi online. Michela, infatti, afferma: “Ho fatto veramente fatica a mantenere i ritmi dello smartworking.”

Quattro partecipanti hanno portato la loro esperienza come student3 e hanno riferito di aver riscontrato grosse problematiche nell'organizzazione scolastica a causa della pandemia: la didattica a distanza e successivamente la didattica in presenza limitata dal distanziamento fisico e dall'uso della mascherina hanno ridotto significativamente la qualità degli insegnamenti e l'interazione tra alunni e docenti. Nicola, ad esempio, riferisce che:

*“Non si sono comportati per nulla bene a livello scolastico. Addirittura, c'era gente che metteva lezione a mezzanotte, di sera. È stato molto impegnativo perché sono sempre andato bene a scuola e, fatalità, se andavi bene a scuola andava bene, se prendevi lo stesso voto in didattica a distanza: «No sicuramente hai copiato.»”*

Anche Giorgia riferisce di aver risentito parecchio di questa situazione:

*“Secondo me quella è stata la parte più pesante. Perché le lezioni, da che erano insieme in aula, all'improvviso c'eri te a casa da sola e c'era il professore da solo in video e non potevi tenere le telecamere accese perché veniva confusione... Però, in realtà, questa cosa qui ti allontanava dall'esperienza.”*

Ilaria, inoltre, racconta che il lockdown ha comportato una perdita di energie e ha reso oneroso portare a termine impegni accademici importanti, come scrivere la tesi di laurea.

Solo Nicola riporta di aver riscontrato effetti positivi sul suo lavoro durante il lockdown: “Perché è proprio grazie alla pandemia che ho dato il boom effettivo al mio lavoro e a diventare quello che sono adesso.”

Complessivamente emerge un grande divario tra la situazione lavorativa e scolastica prima e durante la pandemia: il lavoro e la scuola sono sempre stati una componente predominante della vita quotidiana, perché favorivano il senso di libertà e indipendenza, le persone erano maggiormente motivate e avevano aspettative e progetti

in vista del futuro. Le numerose difficoltà incontrate in questo nuovo periodo storico, tuttavia, sembra abbiano portato delusione e mancanza di prospettive.

Il lockdown ha avuto un impatto significativo anche nella costruzione e mantenimento delle relazioni sociali e sentimentali. Secondo Sarah e Luca la pandemia ha esacerbato le difficoltà già esistenti nell'intraprendere nuove relazioni sentimentali, oltre a comportare numerosi problemi nel conservare le relazioni già esistenti, data l'impossibilità di frequentarsi di persona e coltivare i rapporti creatisi precedentemente. Hanno risentito degli effetti del lockdown anche i gruppi di socializzazione: il fatto di non potersi ritrovare tutti insieme nei luoghi ricreativi, ma poterlo fare solamente tramite videochiamate, ha danneggiato il clima di armonia e condivisione che si creava nella stanza dove si era fisicamente presenti. Questo problema viene riportato da Luca, che non ha potuto più prendere parte al gruppo di teatro e al gruppo buddista, e da Margherita, alla quale è stato impedito di frequentare le sedi dell'associazionismo Arci.

Le testimonianze di Carlo Michele, Margherita e Max, però, mostrano l'altro lato della medaglia: il lockdown ha anche permesso di riflettere sulle persone che si desidera avere accanto nel momento del bisogno e perciò ha offerto la possibilità di interrompere relazioni sentimentali che non funzionavano e consolidare legami più forti. A tal proposito Max racconta di come abbia scelto di ridurre ampiamente le sue interazioni sociali e mantenere i contatti solo con un numero ristretto di persone:

*“Rapporti umani li ho azzerati, durante la pandemia ho visto pochissime persone, proprio azzerate, solo libri, yoga in casa e ogni tanto sentivo mio fratello o gli amici del liceo, ecco... Certi legami, tipo gli amici di sempre, cioè hai presente quando c'è la guerra proprio? Che chi c'è c'è, chi non c'è non c'è? Son stato solo e mi sono trovato solo sti amici del liceo.”*

Carlo Michele, invece, spiega come gli sia stato possibile rafforzare il rapporto che aveva instaurato con persone dislocate in parti del mondo diverse:

*“Il primo mese di lockdown, è stato un mese anche positivo, perché si sono rinsaldate amicizie che io avevo fatto negli anni come tatuatore attraverso convention e tutto, perché abbiamo ripreso in mano con colleghi di tutto il mondo. Perché tanto stando a casa non potevi più uscire, quindi c'erano*

*videochiamate dalla mattina alla sera, dalla sera alla mattina con gente di tutto il mondo.”*

Un altro aspetto positivo emerso riguarda il fatto che la paura del pericolo e dell'ignoto hanno favorito l'unità e sviluppato l'empatia verso l3 altr3. Giorgia, infatti, afferma:

*“Sembra brutto dirlo, però era un momento molto eccitante, di comunione. Alla fine, stavamo tutti soffrendo di questa cosa, però era una cosa nuova, ci dava forza.”*

Secondo Ilaria e Francesca, dopo aver trascorso l'intero lockdown in solitudine, quando c'è la possibilità di uscire e vedere le persone subentrano delle difficoltà nell'interazione con l3 altr3, soprattutto a livello di contatto fisico. Rispetto a questo è interessante la testimonianza di Giacomo che descrive le sue difficoltà nel ritrovare il giusto equilibrio tra socialità e isolamento:

*“Ho notato che con il lockdown mi è ritornata un po' la timidezza, il disagio che avevo prima, anche prima dell'inizio della terapia ormonale. Quindi in automatico ho iniziato ad avere un po' di problemi a relazionarmi. Ho notato che con il mio gruppo di danza non riesco più ad articolare magari delle frasi che mi spaventano, ho paura del loro giudizio. Oppure ho notato anche la fatica nell'esprimermi negli orali con i professori, o non riuscire più a parlare con delle psicologhe.”*

Sulla base di quanto emerso dalle interviste, le principali conseguenze del lockdown sulla salute mentale sono state stress, attacchi di panico, insonnia, aumento di irritabilità e nervosismo, aumento della fatica fisica e mentale nello svolgere qualsiasi attività, senso di staticità e oppressione, senso di incertezza e fragilità.

Carlo Michele, ad esempio, riporta di aver subito pesanti ripercussioni sul suo benessere mentale in termini di assenza di prospettive per il futuro:

*“Questa pandemia a me ha dato veramente dei problemi molto pesanti a livello di stress emotivo, di stress lavorativo. Ansia per il futuro. Non riuscire ad essere focalizzati sul presente, perché il presente in questo momento è completamente «inesistente», perché viviamo giorno per*

*giorno in una realtà che è costantemente negata. (...) Piango molto. Perché non vedo futuro. Mi sento negato e legato. Non posso fare quello che voglio. Ma quello che voglio è curarmi, farmi la mia transizione, lavorare.”*

Margherita, invece, ha raccontato che la situazione pandemica ha esacerbato i problemi di salute mentale di cui già soffriva:

*“Sul piano della salute mentale ovviamente c’è stato un po’ un tracollo perché ero in una situazione molto fragile da dove mi ero ripresa. Sono emerse nuove problematiche d’ansia che prima non avevo avuto, che non sono caratteristiche mie, perché comunque è stato molto pesante stare da sola a casa tutto questo tempo. Soprattutto, cioè, non era tanto il fatto di stare da sola, ma era il fatto di non sapere quando sarebbe finita effettivamente. Non avere una prospettiva, una possibilità di pianificare nulla.”*

Pietro, che lavora come volontario presso uno sportello transgender, riferisce che sono arrivate molte più richieste di aiuto. Ad esempio, prima della pandemia l’età media dell’utenza era di 18-19 anni, dopo è scesa a 14-17 anni. Inoltre, le richieste non hanno riguardato solo l’assistenza per il percorso di transizione, ma anche il supporto in caso di ansia e problemi di socializzazione.

I motivi per cui vengono esperite queste forme di disagio sono svariati. Secondo Luca con la pandemia è subentrata una maggiore necessità di prestare attenzione alle cose, ad esempio alle precauzioni igieniche:

*“Magari volevo fare una cosa che quotidianamente prima della pandemia facevo così senza pensare... E invece in quel momento ci dovevo pensare, come farla, quando farla ...”*

Parte dello stress è dovuto anche al timore che possa avvenire nuovamente un’interruzione della terapia ormonale e quindi una regressione nel percorso di transizione. Sarah riferisce che una causa riguarda l’essere costantemente in contatto con le emozioni negative provate dalle persone conviventi a causa del lockdown. Secondo lei anche il fatto di dover interrompere la routine quotidiana per osservare la quarantena obbligatoria ha contribuito. Margherita associa il suo malessere al fatto che si sente

impotente di fronte alla sofferenza altrui, in particolare quella delle persone LGBT+ che hanno perso la tutela della comunità a causa della pandemia: “Sapevo che le altre persone non avevano quello spazio safe. Quindi di questo ho sofferto.” Max ritiene che la paura del vuoto e l’incertezza dipendano “dalla poca abitudine di stare soli con sé stessi.” Secondo Samantha il senso di spaesamento è dipeso dai continui cambiamenti introdotti con le misure di sicurezza:

*“Per il discorso zone a colori mi sono veramente sentita bipolare, perché non sapevi mai, quando un giorno ti svegliavi, di che colore eri. Quindi dovevi capire se eri depressa perché non potevi uscire, se eri contenta perché c’erano i negozi aperti...”*

Sette partecipanti hanno riscontrato enormi difficoltà nel portare avanti i percorsi di transizione a causa delle condizioni connesse alla pandemia. Infatti, per fronteggiare l’esponenziale aumento dei contagi da Covid-19, molte strutture ospedaliere hanno dovuto convertire numerosi reparti e posticipare interventi chirurgici considerati non urgenti, come gli interventi per la riassegnazione del genere. Questo emerge chiaramente dalle testimonianze di Margherita:

*“Le persone trans che hanno avuto doppia difficoltà ad accedere alle cure, perché tutta la situazione sanitaria era paralizzata, concentrata su un unico aspetto.”*

Di Carlo Michele:

*“Ero bloccato anche con la transizione, perché essendo in lockdown tante visite ho dovuto demandarle e il protrarsi della situazione ha creato anche disagi, perché, come tu ben sai, purtroppo il percorso di transizione è costoso.”*

E di Giacomo:

*“Dovevano iniziare, ma a causa della pandemia hanno dovuto bloccare tutto e non si sono più fatti sentire per parecchio tempo, quindi io l’ho vissuta parecchio male, più dal punto di vista medico.”*

È interessante soffermarsi, in particolare, sull’esperienza riportata da quest’ultimo, perché emerge chiaramente la sofferenza e il disagio percepito dalle persone

che hanno vissuto l'impossibilità di usufruire del trattamento sanitario come un ostacolo alla propria libertà di espressione e autodeterminazione. Giacomo, infatti, in un secondo momento aggiunge:

*“Ero caduto in uno stato di depressione. Avevo perdite di capelli eccessive, non mangiavo. Questo solo proprio perché non potevo accedere. Perché una persona transessuale, transgender, quello che aspetta è accedere alla terapia ormonale, soprattutto quella all'inizio, però a me non era stata concessa quindi è stato un continuo attendere, attendere...”*

Riccardo e Max, inoltre, hanno contestato il fatto che, a causa delle restrizioni del lockdown, la terapia psicologica che ha permesso loro di ricevere una diagnosi di disforia di genere si è svolta interamente online. Questo ha danneggiato la qualità del servizio e ha reso ancora più impegnativa un'esperienza che, anche in condizioni normali, risulta complessa per la persona che la vive. Inoltre, le procedure burocratiche per il cambio dei documenti non sono mai state avviate. Giorgio, invece, ha trovato grosse difficoltà nel rinnovo del suo piano terapeutico in quanto l'endocrinologo a cui si era affidato per ricevere la somministrazione di ormoni era disposto a visitarlo solo se si fosse recato nel suo studio, spostamento che non era possibile effettuare a causa della pandemia e che quindi ha determinato l'interruzione temporanea della transizione.

#### **4.4 Stigma sociale percepito e vissuto**

Il quarto tema individuato riguarda lo stigma sociale percepito e vissuto in tutte le sue forme. Quelle maggiormente emerse dalle testimonianze raccolte riguardano discriminazioni e micro-aggressioni generiche, misgendering, deadnaming, body shaming, mancanza di comprensione e/o accettazione esterna e stigma interiorizzato. In primo luogo, è emersa una forte componente di discriminazioni di genere e micro-aggressioni esperite dall'3 partecipanti.

Silvio e Francesca riferiscono che la discriminazione che ha provocato loro maggiore sofferenza è stata la colpevolizzazione per essere persone transgender e le discriminazioni

che ne sono conseguite. Questo l3 ha portato a sviluppare il timore di essere riconosciuti dall3 altr3: “Avevo il minority stress perché non volevo parlare, perché non volevo che la gente si accorgesse che fossi una donna trans.” Sarah, Lisa Andrea e Federico ammettono di provare minority stress a causa dallo stato di allerta in cui vivono quando devono interagire con altre persone. Il secondo, infatti, lo descrive in questo modo:

*“Quello stress del doversi sempre... Del dover sempre fare attenzione quando ti relazioni con le persone, perché devi capirle, cioè non puoi non capire la gente e vivertela con calma, devi avere le idee chiare di chi hai davanti, perché non si sa mai.”*

Per evitare di essere “smascherata” Francesca ha messo in atto diversi tentativi per modificare la propria voce e adeguarsi ai canoni femminili richiesti dalla società. Inoltre, ha posticipato il percorso di transizione a causa del timore di subire molestie, così come è successo ad un’amica.

Due partecipanti, quando è stato chiesto loro se avessero avuto esperienze di discriminazioni, hanno risposto riportando episodi avvenuti all’interno del contesto familiare. Ilaria ha raccontato che il compagno della madre le rivolge spesso battute misogine e discriminatorie, questo la mette a disagio, crea un clima teso in casa e la spinge a tornare sempre meno spesso presso l’abitazione. Margherita, invece, ha riferito che i genitori sono in disaccordo con la sua scelta di mobilitarsi in favore dei diritti della comunità LGBTQ+ e le avanzano continue provocazioni e “derogation” che le hanno procurato rabbia e frustrazione.

Due partecipanti hanno riferito di aver subito micro-aggressioni da parte del personale delle professioni sanitarie, con conseguenti ripercussioni sul benessere e sull’integrità individuale. A Giorgio è stato impedito di ricevere un consulto medico, problema che ha comportato l’interruzione della terapia ormonale e importanti conseguenze fisiche e psicologiche. Michela, invece, è stata attaccata dalla psicologa alla quale si era rivolta per chiedere aiuto:

*“Mi sono trovata... Diciamo, una psicologa specializzata in, diciamo, tutta la sfera sessuale e quando io le ho comunicato questa cosa lei, dopo, insomma, nella prima mezzora del nostro primo incontro, lei ha detto che io sicuramente avevo qualche trauma nascosto perché non è normale non*

*desiderare di baciare le persone, non desiderare di avere contatti sessuali con le persone, di non essere fisicamente attratti dalle persone.”*

Un aspetto significativo riscontrato riguarda il fenomeno discriminatorio online. Silvio utilizza i social media ma non è apertamente dichiarato come persona transgender e utilizza un soprannome neutro, per il timore di ricevere discriminazioni e aggressioni anche online. Pietro ha raccontato di aver subito diverse volte delle minacce a causa del suo lavoro di attivismo e divulgazione sui social media. Inoltre, ha riscontrato un notevole incremento dell'utenza presso gli sportelli di aiuto per persone transgender: numerose richieste di aiuto provenivano da persone vittime di discriminazioni online. Anche Michela racconta:

*“Mai nella vita reale, però moltissimo online... Ho ricevuto proposte anche estremamente sgradevoli, insistenti di... Rapporti sessuali correttivi, del tipo «Ah non è vero che stai così, vieni con me che te faccio vedere io...»”*

Secondo Riccardo la pandemia ha intensificato il tempo trascorso all'interno di gruppi LGBT+ online e ha notato non solo che manca la rappresentazione di persone diversamente abili, ma che sono aumentate le discriminazioni anche in un contesto che dovrebbe essere completamente safe.

Giorgio prova una forte ambivalenza quando le persone utilizzano il pronome femminile per riferirsi a lui. Da una parte lo comprende e sente di non avere il diritto di pretendere che utilizzino il pronome maschile. Questo perché la sua espressione di genere è femminile e nella società in cui viviamo predomina il paradigma binario secondo cui identità ed espressione di genere devono essere coerenti tra loro: se indossi abiti e accessori tipicamente femminili, l3 altr3 sono legittimati a classificarti automaticamente come persona appartenente al genere femminile e a riferirsi a te come tale. Dall'altra parte, però, ne soffre perché non rispetta la sua identità di genere, che invece è maschile. Il disagio percepito quando vengono utilizzati pronomi sbagliati è stato riscontrato anche nelle testimonianze di altr3 partecipanti. Francesca, ad esempio, spiega come le persone transgender, soprattutto all'inizio del percorso di affermazione di genere, provino grande sofferenza ogni qualvolta l3 altr3 non riconoscono la loro identità di genere e non siano in grado di capire “cosa sono”.

Tra gli episodi più comuni dove viene esperito il misgendering vi sono le situazioni nella quali vi è la necessità di effettuare un riconoscimento della propria identità tramite documenti che non sono ancora stati rettificati con il nome e il genere elettivo della persona. Francesca e Pietro, a tal proposito, riferiscono di essersi trovati in una condizione di forte stress e disagio nel momento in cui dovevano presentare i propri documenti per poter viaggiare, durante un colloquio di lavoro o quando dovevano effettuare esami clinici: questo perché sono state rivolte loro domande inquisitorie riguardo alla discordanza tra il nome e il genere indicati sul documento e l'aspetto estetico effettivo. Pietro, infatti, racconta: "Mi è capitato anche di avere problemi con il discorso documenti, nel senso che qualcuno abbia pensato che li avessi rubati o, insomma, che fossero di un'altra persona."

Sarah afferma che l'utilizzo del nome elettivo è una condizione imprescindibile ai fini del rispetto reciproco, perché equivale al riconoscimento consapevole dell'esistenza dell'individuo. Quando si trova in situazioni dove questo viene a mancare prova un forte disagio, ad esempio le è capitato durante i colloqui di lavoro. Giorgio riferisce di aver subito quotidianamente deadnaming all'interno dell'ambiente universitario, poiché i professori si riferivano a lui, spesso in presenza di tutti i suoi compagni, utilizzando il suo nome assegnatogli alla nascita e non quello elettivo.

Giorgio riferisce di essere stato vittima di episodi di body shaming da parte del suo endocrinologo che ha fatto commenti inappropriati sui suoi fianchi e sul suo seno, presupponendo che non fossero conformi ad un corpo maschile. Essere sottoposto a questa discriminazione ha esacerbato la disforia di genere che Giorgio già provava nei confronti del suo torace.

Un ulteriore fenomeno riferito dagli partecipanti e correlato allo stigma sociale riguarda la mancanza di comprensione e/o accettazione esterna rispetto all'identità di genere e alla sessualità esperite. Sarah sostiene che uno dei possibili fattori alla base di questo problema potrebbe essere l'ignoranza e il mancato accesso a strumenti e informazioni adeguati, tali per cui è possibile comprendere anche realtà diverse dalla propria. Un ulteriore fattore, secondo lei, potrebbe essere l'invidia verso coloro che hanno ricercato e ottenuto la piena libertà di espressione e di autodeterminazione.

All'interno delle interviste è emersa più volte la mancata accettazione da parte del nucleo familiare, spesso a causa di ideologie che non sostengono la comunità LGBT+

(sono stati citati casi di rigorosa adesione al culto cattolico e ai movimenti pro-vita). Questo motivo ha vincolato il coming out e la possibilità di vivere liberamente la propria identità di genere e la propria sessualità per paura di andare incontro a conflitti e critiche quotidiane. Questo fenomeno, talvolta, è rimasto circoscritto all'interno dell'ambiente familiare: Silvio fa attivismo nonostante all'interno della famiglia non sia ancora riuscito a dichiararsi completamente. Tuttavia, in altri casi, è risultato essere esteso anche ad altri ambiti: Giacomo si è trovato nella situazione di dover abbandonare il posto di lavoro perché le persone che vi facevano parte non hanno accettato la sua decisione di intraprendere il percorso di transizione.

Carlo Michele, addirittura, riferisce che il problema dell'accettazione è presente anche all'interno della stessa comunità LGBT+:

*“C'è una parte della comunità LGB che non accetta i trans (...). Non tanto per gli MtF ma per gli FtM, perché la donna che diventa uomo è un attacco frontale al patriarcato, no? Cioè, tu donna non puoi diventare uomo. Perché? Cioè, un uomo può diventare donna, se lo vuole. Ma la donna che diventa uomo per loro è proprio contronatura. Non esiste. Non deve esistere. Perché è come se tu cercassi di elevarti, no?”*

L'ultimo aspetto rilevante di questo tema riguarda lo stigma interiorizzato. Lisa Andrea afferma di avere la costante percezione di essere fuori luogo, in errore, rispetto a come la società concepisce la sessualità e le relazioni sentimentali. Anche Nicola riferisce di aver inizialmente sviluppato una forma di avversione verso la propria condizione, che poi è riuscito a modificare grazie al confronto con l3 altri:

*“Era più un'auto-discriminazione che mi facevo inizialmente, prima di iniziare ad avere anche rapporti sessuali, così. Perché essendo ermafrodita non ho un tipo di genitale normale. Poi, invece, entrando in contatto con i vari partner o le partner (...) ho visto che questa mia caratteristica genetica non è mai stata un problema, anzi è stata qualcosa che andava ad attrarre molto quello che era un eventuale partner.”*

#### 4.5 Atteggiamenti verso lo stigma sociale

Il quinto ed ultimo tema ritenuto significativo ai fini del presente studio riguarda gli atteggiamenti sviluppati nei confronti dello stigma sociale percepito o vissuto. I tre sottotemi nei quali si articola riguardano le reazioni messe in atto nei confronti del problema, le riflessioni delle partecipanti su quale sia la sua natura e l'idea che esso sia frutto di un gap generazionale.

Una delle reazioni allo stigma sociale emerse durante le interviste è quella di Giorgio, il quale, quando percepisce che le altre persone gli mancano di rispetto a causa di ignoranza o superficialità, cerca di adottare un atteggiamento comprensivo: ad esempio si impegna nel correggere e spiegare con gentilezza a coloro che sbagliano inconsapevolmente l'utilizzo dei pronomi come dovrebbero rivolgersi a lui. Al contrario, quando percepisce che le altre persone gli mancano di rispetto per fargli intenzionalmente un torto diventa più suscettibile e intransigente.

Tra le altre reazioni riscontrate vi è la rivendicazione della possibilità di stare bene con sé stesso senza che vi sia necessariamente la presenza di un partner nella propria vita, così come del fatto che è legittimo non avere un desiderio di genitorialità. L'esigenza di avanzare queste precisazioni deriva dal fatto che la norma sociale predilige l'individuo inserito all'interno di una coppia o addirittura una famiglia e difficilmente concepisce scelte divergenti. La soluzione che sembra essere maggiormente condivisa è quella di affrontare il giudizio altrui, così come le discriminazioni e le violenze, imparando a gestire il timore di esserne danneggiato e mettendo in atto una presa di distanza.

Lisa Andrea esplicita la sua intenzione di acquisire maggiore visibilità, in quanto quest'ultima si configura come uno strumento essenziale per ottenere il riconoscimento dei propri diritti. Anche Samantha racconta di aver incrementato la sua presenza sui social media per questo motivo: "Sono diventata un po' più social per quanto riguarda le ingiustizie e per portare awareness su determinati argomenti."

Alquanto significativa è la testimonianza di Margherita, la quale racconta che in un primo momento reagiva attivamente di fronte a situazioni di discriminazione. Tuttavia, la fatica e la frustrazione causate da questa lotta continua l'hanno spinta a mettere in atto una forma di evitamento e a chiudersi all'interno della sua rete sociale di supporto, composta interamente da persone LGBT+:

*“È un po’ un’arma a doppio taglio, perché da un lato mi sembra sempre di stare sul piede di guerra, no? Di dover essere sempre pronta a reagire ad affrontare ogni commento in maniera «politica», o comunque a non lasciar andare nessun commento. Però di fatto è un continuo. Ed è forse il motivo per cui mi rendo conto di frequentare nella mia «bolla» molte più persone queer. Perché è davvero un pensiero in meno, ecco. Non è una questione di sentirsi capiti, di trovare uno spazio in cui dividere le esperienze. È anche questo. Però è anche il fatto di non doversi preoccupare, di dover spiegare la propria vita, di scontrarsi con commenti a volte veramente stupidi, che mi fanno dire: «Ma raga, in che senso?» E quindi quando poi torno fuori dalla bolla, banalmente quando torno a casa dei miei, non solo per i miei genitori, ma in generale per le mie vecchie conoscenze, per i gruppi del liceo, queste cose... Mi colpisce molto e dico: «Cavolo, vivo veramente in un piccolo mondo fatato che ci siamo creati per noi, fra noi, in cui è tutto bellissimo, tutto comprensivo. Ci si ascolta, si spiega.»”*

Giorgio ha avanzato una sua personale riflessione riguardo ai motivi per cui gli è capitato di subire misgendering a causa della sua espressione di genere: talvolta tale comportamento è mosso dall’intenzione di arrecargli un danno, in altri casi, invece, è dettato da ignoranza e superficialità. Sicuramente effettuare una maggiore sensibilizzazione verso il problema, ad esempio riconoscendo che le discriminazioni di genere possono comportare danni concreti al benessere psicologico della persona, come il minority stress, è un primo passo verso la risoluzione dello stesso.

Lisa Andrea, invece, ha esposto la sua opinione rispetto al tema dell’accettazione: essa varia sulla base di quanto un fenomeno si distanzia o meno dalla norma sociale. Nel caso dello spettro non binario c’è mancanza di accettazione perché diverge dalla classificazione ordinaria di “maschile” e “femminile”, pertanto, si cerca in tutti i modi di ricondurre la persona all’interno dei confini del paradigma binario, come afferma Sarah:

*“Secondo qualcuno esistono solo i due binari di genere e se non sei o l’uno o l’altro non sei nessuno, non esisti e sarò io a dirti chi sei, cosa sei e dove vai.”*

Nel caso dello spettro demisessuale, c'è mancanza di accettazione in quanto socialmente si ritiene che tutte le persone debbano sentire la necessità di avere un partner e sviluppare un desiderio di genitorialità.

Secondo Carlo Michele le condizioni eccezionali che hanno caratterizzato il periodo pandemico hanno rappresentato dei fattori esacerbanti per le manifestazioni di odio all'interno della popolazione: "Il periodo del Covid ha accentuato questa cosa dell'insofferenza, dell'intolleranza, del razzismo." Lo stesso pensiero è sostenuto anche da Pietro, il quale ritiene che soprattutto l'aumento di discriminazioni online sia dovuto allo stress e alla frustrazione accumulate durante il lockdown, i quali, non trovando altro modo per essere sfogati, sono stati riversati sui social media sotto forma di disprezzo verso tutto ciò che è considerato diverso.

Cinque partecipanti riferiscono di avere la percezione che esista un "gap generazionale" nell'accettare l'altro indipendentemente da ciò che si pensa di loro. Nelle loro testimonianze, infatti, emerge che da parte degli giovani c'è una maggiore apertura verso la novità, nonché una maggiore capacità di adattamento, componenti che sembrano mancare nelle persone cresciute in periodi storici differenti, come i genitori o l'altro.

Secondo Samantha questo fenomeno dipende dalle esperienze di vita delle persone, differenti di generazione in generazione:

*"Dipende soprattutto dall'età. Perché un conto è se fai la domanda a una persona di vent'anni come me, ti risponde in un modo, se la fai a una persona di cinquant'anni, che ha vissuto i suoi cinquant'anni in un determinato modo, ti risponde in modo diametralmente opposto."*

Giorgia ritiene che la mancanza di accettazione non sia consapevole, ma sia un atteggiamento interiorizzato nel tempo:

*"Erano persone che magari hanno più di 40/50 anni, hanno i loro pensieri. Magari uno non pensano neanche di essere transfobici, però lo sono. Ma non con cattiveria, come ti posso dire... Un po' come: «Noi abbiamo sempre detto questa cosa qui, no? E quindi perché te la devi prendere ora? L'ho sempre detta.»"*

Questa discordanza tra idee è spesso motivo di conflitto, ostilità e discriminazione, al punto che gli giovani tendono a ricercare il confronto solo con gli coetanei e a rifuggire

quello con persone più adulte, come conferma Giorgio: “Credo che per i giovani sia un po’ più semplice, se si tratta di amici, parlare di questo tema.” Per Ilaria, ad esempio, il fatto di lavorare in un ambiente frequentato esclusivamente da persone giovani è motivo di rassicurazione:

*“Poi è anche un ambiente abbastanza tranquillo quello dove sono io, nel senso che siamo tutti giovani. Cioè, i miei capi hanno 33 anni, nel senso... Sì, siamo tutti giovani, quindi, comunque c’è un minimo di attenzione.”*

Carlo Michele, inoltre, afferma che ciò che più lo allarma non sono le discriminazioni provenienti dalle persone anziane, verso le quali ormai ha fatto l’abitudine, bensì quelle provenienti dalle nuove generazioni:

*“Quello che fa fastidio, oggi come oggi, è che siamo nel 2021 e ci sia ancora, non tanto tra gli anziani, che è anche capibile. Nel senso, va beh, non ti giustifico, ma ti capisco nella tua ignoranza. Ma c’è da parte dei giovanissimi una chiusura mentale tipica del Medioevo. Cioè, vedo ragazzini dai 7/12/18 anni avere dei comportamenti, io li chiamo mobilizzanti.”*

## **CAPITOLO 5**

### **DISCUSSIONE**

I risultati esposti in questo elaborato confermano quanto osservato in letteratura: la pandemia da Covid-19 ha avuto un significativo impatto sulla salute mentale delle persone transgender e non binary e forniscono importanti informazioni riguardo ai fattori di rischio e ai fattori protettivi emersi in concomitanza del lockdown. I cambiamenti nella vita quotidiana causati da restrizioni quali il distanziamento fisico e sociale, l'isolamento in casa e le limitazioni agli spostamenti sono stati numerosi. In primo luogo, come per l'intera popolazione, il distanziamento e il lockdown hanno impattato la qualità dei rapporti significativi; per le persone transgender e non binary questo aspetto ha visto inoltre un mancato accesso a forme di supporto altrimenti garantite e a condizioni dove è possibile esprimersi liberamente nel genere desiderato (Trujillo et al., 2017).

Un'ulteriore conseguenza riportata riguarda la condivisione forzata dell'ambiente domiciliare con famiglie ostili: la mancanza di supporto familiare, infatti, potrebbe indebolire le strategie di risposta alla pandemia e causare l'autoisolamento in casa, alti livelli di conflitto familiare, l'invalidazione dell'identità di genere e talvolta anche abusi psicologici e fisici (McConnell et al., 2015; Hawke et al., 2021). Il basso livello di sostegno familiare può anche ostacolare l'accesso ai servizi di salute mentale da remoto, se ci sono problemi di riservatezza a casa, e costringere alcune persone a nascondere la propria identità di genere (Catalpa et al., 2018).

L'obbligo di permanenza in casa ha comportato una drastica riduzione delle occupazioni quotidiane: undici partecipanti hanno riferito di non poter raggiungere il lavoro, non poter andare a trovare amici e parenti, non avere opportunità di svago come coltivare hobby o praticare sport. Questo è stato interpretato come una limitazione alla libertà personale e vissuto, di conseguenza, con frustrazione e sofferenza. In alcuni casi, ha significato anche il venir meno delle distrazioni che impedivano alle persone di riservare un'attenzione eccessiva alla propria disforia di genere: trascorrere una grande quantità di tempo a stretto contatto con questo problema ha comportato un aumento della preoccupazione e del disagio.

Per quanto riguarda la paura del contagio, la maggioranza dell3 partecipanti ha affermato di non averla sperimentata verso di sé, in quanto erano rassicurat3 dal fatto di non appartenere a categorie a rischio, di essersi vaccinat3, di aver osservato tutte le restrizioni e di aver affrontato difficoltà più impegnative per cui hanno provato maggiore preoccupazione, come ad esempio la transizione. Risulta invece ampiamente diffuso il timore che il virus possa contagiare amic3 e parenti, soprattutto se persone anziane e/o con patologie pregresse. Coloro che hanno riferito di provare paura solo durante il primo lockdown spiegano che ciò è attribuibile alla difficoltà nel reperire informazioni affidabili rispetto all'andamento dell'emergenza. Il periodo pandemico, infatti, è stato caratterizzato da un fenomeno di infodemia dalla portata considerevole, sviluppato soprattutto attraverso i mezzi di comunicazione mediatica, che ha causato spaesamento e frustrazione in tutta la popolazione (Islam et al., 2020; Wheaton et al., 2021).

Quando sono state indagate le prospettive future dell3 partecipanti rispetto all'eventualità che tutte le restrizioni venissero rimosse è risultato che, secondo la maggioranza, potrebbero esserci prevalentemente conseguenze positive sulla qualità di vita delle persone, come la possibilità di ritornare ad una routine quotidiana equilibrata, ristabilire le interazioni sociali, ottenere più posti di lavoro e maggiori possibilità economiche, ricevere un adeguato supporto dai servizi specifici per la comunità LGBT+. Tuttavia, sono stati riportati anche timori circa possibili conseguenze negative, come l'aumento dell'ansia sociale nel momento in cui vi sarà la possibilità di tornare a relazionarsi con l3 altr3. Questo perché, come spiegano l3 partecipanti, la quantità di tempo trascorso in isolamento durante il lockdown ha permesso loro di sviluppare una forma di adattamento verso la solitudine e stravolgere questa condizione ritornando improvvisamente alla socialità potrebbe non essere semplice e immediato ma comportare ulteriori difficoltà dal punto di vista psicosociale.

Oltre alle conseguenze implicate, il presente studio ha rilevato anche gli atteggiamenti sviluppati nei confronti delle restrizioni in atto. Tra questi è emerso principalmente un forte senso di responsabilità e soddisfazione nel rispettare le misure di sicurezza imposte per non mettere a rischio il benessere proprio e dell3 altr3. Tuttavia, il grado di osservanza delle regole è diminuito quando hanno iniziato ad esserci conseguenze sulla salute mentale e quando le restrizioni sono risultate essere percepite come non egualitarie.

Un risultato interessante riguarda l'idea secondo cui le restrizioni ricoprono un ruolo protettivo nei confronti delle possibili discriminazioni e delle micro-aggressioni provenienti dall'esterno. L'isolamento domiciliare, infatti, ha offerto la possibilità di evitare di esporsi a situazioni sociali compromettenti e l'utilizzo della mascherina ha permesso di nascondere agli occhi dell3 altr3 i cambiamenti del volto avvenuti durante la transizione: in sintesi il lockdown è stato identificato come un'opportunità per evitare di essere riconosciuti come persone transgender. Secondo l3 partecipanti questo ha offerto loro dei benefici, ma secondo la letteratura scientifica disponibile le aspettative di venire rifiutati dalla società e l'occultamento della propria identità di genere comportano un aumento del livello di minority stress esperito (Pachankis, 2007; Mehu & Scherer, 2015; Gao et al., 2017; Brennan et al., 2021). Tuttavia, non tutti l3 partecipanti ritengono che le mascherine portino loro un beneficio: secondo un punto di vista alternativo, rappresentano uno strumento che cela il vero sé delle persone e quindi danneggia l'autodeterminazione e l'affermazione di genere.

Un'informazione emersa in modo ricorrente all'interno delle interviste riguarda la visione positiva del lockdown come un'opportunità di cambiamento. Le condizioni specifiche che hanno caratterizzato la pandemia, come la notevole quantità di tempo trascorsa in solitudine in casa e l'insicurezza verso le prospettive future, hanno permesso alle persone di intraprendere un percorso di introspezione, crescita personale e ricerca di una propria autenticità. Come riportato dall3 intervistat3, questo ha favorito un'indagine più approfondita della propria identità di genere, espressione o orientamento sessuale, che ha portato ad una nuova consapevolezza di sé.

Inoltre, nel corso delle interviste sono emerse alcune considerazioni circa le possibili strategie di coping impiegate dall3 partecipanti per fronteggiare le problematiche correlate al lockdown, come svolgere attività ricreative per distrarsi, migliorare la qualità del dialogo con le persone conviventi - in particolar modo con familiari non supportivi - e adottare un atteggiamento positivo e ottimista anche nei momenti di maggiore difficoltà. Avere accesso a queste risorse specifiche è dimostrato che favorisce il benessere della persona (Budimir et al., 2021).

Come in studi condotti precedentemente (Baker et al., 2020; Jarrett et al., 2020), emerge che una delle principali conseguenze psicosociali della pandemia da Covid-19 è stata la disoccupazione. Le risposte interventistiche e le politiche adottate per affrontare

l'emergenza sanitaria, infatti, hanno portato una grande incertezza economica che ha condizionato tutta la popolazione. Le persone transgender e non binary, però, sembrano state maggiormente colpite a causa delle vulnerabilità strutturali che caratterizzano la loro condizione di partenza (Jarrett et al., 2020; Newcomb et al., 2020). Nell'ambito lavorativo e scolastico, è stato possibile rilevare problemi aggiuntivi, quali lo stress causato dallo smartworking e dalla didattica a distanza e una profonda sfiducia verso le prospettive economiche e occupazionali future, fattori che hanno contribuito ad aggravare la condizione di malessere esperito (Marino et al., 2021; Riva et al., 2021).

Ulteriori conseguenze hanno coinvolto le relazioni sociali e sentimentali: oltre a riportare grossi impedimenti nell'intraprendere e/o mantenere relazioni durante il lockdown, le intervistate hanno lamentato difficoltà nel ricreare online l'unione e l'armonia dei gruppi di socializzazione. Sono emersi, però, anche alcuni aspetti positivi, ad esempio le limitazioni alle interazioni sociali hanno permesso di riscoprire il loro valore, sviluppare maggiore consapevolezza verso la qualità dei legami che si stringono ed esercitare più empatia e condivisione nei confronti dell'altro.

Sono state riportate conseguenze anche sulla salute mentale in termini di aumento di stress, attacchi di panico, insonnia, aumento di irritabilità e nervosismo, aumento della fatica fisica e mentale, senso di staticità e oppressione, senso di incertezza e fragilità. Questo è in linea con i risultati ottenuti da precedenti studi quantitativi condotti sulla popolazione transgender e non binary (Gava et al., 2021; Mirabella et al., 2021) e con i risultati di ricerche che hanno appurato che in Italia la comunità LGBT+ è gravata in maggior misura dai problemi di salute mentale rispetto alla popolazione generale (Scandurra et al., 2017; Scandurra et al., 2021). In particolare, le partecipanti hanno associato il loro malessere a condizioni specifiche correlate alla pandemia, quali la paura di prendere il virus, lo stress causato dall'imposizione delle misure di sicurezza, il contagio emotivo tra conviventi, il senso di impotenza di fronte alla disparità e alle ingiustizie perpetrate nei confronti della comunità LGBT+, la preoccupazione che possa avvenire l'interruzione del percorso di transizione. Quest'ultimo punto, in particolare, rappresenta un dato significativo perché è correlato ad effettivi problemi nell'accesso all'assistenza sanitaria per persone transgender e non binary. Questo è coerente con i risultati riscontrati da studi condotti a livello internazionale (Jarrett et al., 2020; Hawke et al., 2021; Kidd et al., 2021), i quali hanno associato le difficoltà di accesso

all'assistenza sanitaria durante la pandemia ad un aumento del ritardo o dell'interruzione dei servizi specifici e quindi a una diminuzione del supporto sociale percepito, fenomeno capace di indebolire la resilienza ai fattori che comportano minority stress (Koehler et al., 2020). L'impossibilità di usufruire dei servizi specifici in presenza ha comportato l'erogazione di alcuni di essi, come la terapia psicologica e ormonale, in modalità telematica usufruendo di piattaforme digitali online. Questo da una parte rappresenta un tentativo di garantire in ogni caso il servizio, dall'altra ha comportato un danno significativo alla qualità della prestazione offerta e ha rappresentato un ostacolo all'autodeterminazione delle persone che ne hanno fatto ricorso (Gava et al., 2021).

Un altro degli aspetti principali che il presente studio si è proposto di indagare riguarda lo stigma sociale percepito e vissuto dalle partecipanti prima e durante la pandemia. A tal proposito, è emerso che alcune tra le intervistate hanno affermato di aver subito forme di discriminazioni durante la loro vita e quasi tutte di aver avuto paura di subirle. Infatti, è dimostrato che il rischio percepito di vittimizzazione futura è superiore alle esperienze reali vissute dalle minoranze di genere (Ellis et al., 2016). Tra le forme di discriminazioni e micro-aggressioni riportate ci sono la colpevolizzazione per essere transgender, a cui consegue il timore di essere riconosciute come tali all'interno di situazioni sociali, la violenza psicologica agita da parte della famiglia, delle istituzioni e del personale sanitario addetto alla presa in carico dei percorsi di transizione (a tal proposito sono stati riferiti episodi di deadnaming e body shaming) e gli insulti e minacce ricevute tramite i canali online, come i social media. Subire quotidianamente discriminazioni di questo tipo comporta un aumento del minority stress e danneggia il funzionamento e il benessere psicologico delle persone che ne sono vittima (Smith & Turell; 2017; Smith, 2020). Il fenomeno discriminatorio online, in particolare, sembra aver ampliato la sua portata durante il lockdown proporzionalmente all'aumento del tempo trascorso sulle piattaforme digitali, in assenza di altre occupazioni. Questo rappresenta un problema, perché la prolungata esposizione a messaggi mediatici negativi verso le persone transgender è correlata ad un aumento del disagio psicologico globale (Hugto et al., 2021). Inoltre, sembrano essere aumentate anche le manifestazioni di odio all'interno della stessa comunità LGBT+, che ha visto crearsi un numero sempre più crescente di spaccature e divergenze di pensiero.

Secondo le testimonianze raccolte, un'altra delle forme di stigma sociale maggiormente perpetrate è il *misgendering* e la letteratura scientifica conferma l'estensione di tale problema evidenziandone l'impatto sulla salute mentale in termini di sintomatologia ansiosa e depressiva (McLemore, 2018; Tan et al., 2020). In particolare, le partecipanti hanno riportato di trovarsi fortemente a disagio quando ci si riferisce a loro utilizzando i pronomi sbagliati, quando le loro interlocutriche non è in grado di stabilire a quale genere appartengono e quando viene mostrata diffidenza nei loro confronti nel momento in cui esibiscono un documento che attesta la loro identità.

Inoltre, è stata riscontrata una evidente mancanza di accettazione dell'identità di genere in diversi contesti sociali. Primo tra questi è il nucleo familiare, all'interno del quale viene messo in atto un rifiuto esplicito del percorso di affermazione intrapreso dalla persona, fenomeno che, se reiterato, porta al danneggiamento del suo funzionamento psicosociale (Katz-Wise, 2016; Pariseau et al., 2019). Lo stesso problema è stato individuato anche all'interno dell'ambito lavorativo, ad esempio in casi dove le datriche di lavoro non permetteva la libertà di espressione delle sue dipendenti per paura degli effetti sulla clientela, e all'interno della stessa comunità LGBT+, ad esempio in situazioni dove era presente uno stigma verso alcune identità di genere o orientamenti sessuali considerati meno accettabili di altri.

Dalle interviste è emersa anche la presenza della componente dello stigma interiorizzato, presentato in termini di sofferenza causata dal sentirsi in errore rispetto alle altre. Anche questo fattore gioca un ruolo importante nel deteriorare la salute mentale delle persone appartenenti ad una minoranza di genere (Pellicane & Ciesla, 2022).

Le partecipanti hanno riportato di aver messo in atto delle strategie per fronteggiare lo stigma sociale: una di queste implica gestire la paura verso le discriminazioni e reagire attivamente quando vengono perpetrate, un'altra riguarda la correzione dei pronomi quando vengono utilizzati in modo sbagliato, è stata riportata anche l'intenzione di acquisire maggiore visibilità personale per sensibilizzare la popolazione sulle tematiche di genere, così come la rivendicazione del diritto di essere single e di non avere un desiderio di genitorialità e la decisione di frequentare solo persone appartenenti alla comunità LGBT+ in quanto contesto considerato safe. Queste strategie non sono altro che sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto dagli individui per affrontare situazioni difficili e in questo caso costituiscono dei fattori protettivi verso gli

effetti negativi del minority stress sulla salute mentale (Meyer, 2015; Valentine e Shiperd, 2018; Schulman & Erikson-Schroth, 2019; Gosling et al., 2022). Tuttavia, è opportuno notare che, se le precedenti strategie sono sicuramente funzionali alla gestione dello stigma, l'ultima citata, al contrario, costituisce una forma di evitamento e pertanto è disadattiva.

L'ultimo dato indicativo emerso dalle testimonianze riguarda i significati e le motivazioni che sono stati associati allo stigma sociale. In primo luogo, le partecipanti ritengono che le discriminazioni nei confronti della comunità LGBTQ+ avvengano a causa di ignoranza, superficialità o volontà di arrecare un danno. La mancanza di accettazione e il rifiuto, invece, sono associabili al fatto che vi è un allontanamento dalla norma da parte dell'individuo. Appare inoltre, che la frequenza e l'intensità di questo fenomeno siano aumentate a causa della pandemia, poiché le persone si sono trovate a dover gestire un carico di frustrazione e malessere aggiuntivo (Kneale et al., 2020; Gil et al., 2021).

Infine, è stata riscontrata l'idea secondo cui ci sia un gap generazionale nel processo di accettazione della diversità: è opinione diffusa tra le intervistate che le giovani abbiano maggiore apertura mentale e adattabilità nei confronti della diversità, al contrario le adulte siano più rigide e discriminanti.

### **5.1 Limiti, punti di forza e prospettive future**

I risultati ottenuti devono essere considerati alla luce di alcune limitazioni. In primo luogo, il fatto che le interviste siano state effettuate interamente online a causa delle restrizioni dovute dalla pandemia da Covid-19 potrebbe aver condizionato il grado di apertura delle partecipanti. Inoltre, la maggioranza delle persone intervistate ha un'età inferiore ai 26 anni, fattore che non rende il campione del tutto rappresentativo della popolazione presa in considerazione. Infine, il ruolo ricoperto dalle ricercatrici e la flessibilità adottata nell'analisi qualitativa, seppur offrano grande supporto in termini di comprensione del fenomeno, comportano una difficile replicabilità degli esiti ottenuti.

Nondimeno, il presente studio presenta anche punti di forza apprezzabili. Infatti, la numerosità del campione utilizzato, composto da diciotto partecipanti, risulta essere

significativa all'interno di un'analisi qualitativa. Inoltre, presenta un buon grado di eterogeneità dal punto di vista dello spettro dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale. Questo conferma una tendenza da parte delle persone transgender e non binary a mantenere un'identità più fluida e diversificata, come mostrato dalla recente letteratura (Richards et al., 2016; Gosling, 2018; Mirabella et al., 2021). Le fasi di reclutamento degli partecipanti e raccolta dei dati sono state effettuate nell'arco di tutto il periodo pandemico, il che ha permesso di raccogliere testimonianze rappresentative del fenomeno nella sua globalità. Inoltre, la metodologia delle interviste semi strutturate ha permesso di creare un clima di fiducia e condivisione, in quanto i partecipanti erano liberi di poter ampliare a piacimento il racconto della propria esperienza.

A partire dai risultati ottenuti da questo studio, è possibile individuare alcuni temi salienti che potrebbero andare a costituire prospettive future per la ricerca scientifica e la tutela della salute mentale delle persone transgender e non binary. In primo luogo, sarebbe interessante effettuare studi longitudinali per indagare come sono cambiati i vissuti e gli atteggiamenti delle persone a distanza di tempo e se sono sopraggiunte ulteriori conseguenze dal punto di vista della salute mentale nella situazione post pandemica.

Inoltre, è evidente la necessità di ampliare le ricerche che dimostrino gli effetti promozionali del sostegno familiare e migliorare i programmi di intervento in situazioni di famiglie ostili. A questo proposito, è di fondamentale importanza incrementare il sostegno sul territorio tra le comunità LGBTQ+ e promuovere reti di servizi specializzati nella presa in carico delle famiglie di persone transgender e non binary per ridurre lo stigma e la violenza e favorire la sensibilizzazione. In particolare, sarebbe utile indagare in che modo i servizi di supporto siano stati influenzati dalla pandemia, al fine di sviluppare servizi alternativi (ad esempio basati sul web) per questa popolazione.

Un ulteriore aspetto riguarda la necessità di adottare standard di assistenza più specifici per ridurre il minority stress e migliorare la salute e il benessere. Tali standard dovrebbero essere stabiliti attraverso il consenso e il coinvolgimento delle persone interessate. Una delle aree da affrontare implica, ad esempio, la formazione degli operatori sanitari: una pratica clinica competente richiede una conoscenza approfondita delle esperienze uniche legate al minority stress che le persone transgender e non binary incontrano e come queste esperienze si riferiscono sia alla vulnerabilità e alla resilienza della salute mentale, sia alla loro capacità di accedere e impegnarsi nelle cure. La

discussione di queste esperienze e dei loro effetti non ha lo scopo di patologizzare le persone transgender, ma piuttosto di evidenziare eventi della vita clinicamente rilevanti che si verificano con una frequenza sufficiente da meritare un'attenzione speciale. Usare il minority stress come modello teorico di supporto in grado di identificare un'ampia gamma di fattori di stress prossimali e distali e fattori protettivi che interagiscono con l'identità di genere potrebbe favorire lo sviluppo di nuovi standard di tutela della salute mentale. Altre aree dell'assistenza sanitaria su cui sarebbe utile intervenire riguardano l'accesso facilitato alle cure, l'equità e la qualità dell'assistenza, l'assistenza individualizzata per il percorso di affermazione di genere e il miglioramento della promozione e della prevenzione della salute.

Inoltre, sarebbe utile comprendere come le comunità transgender e non binary stanno attualmente rispondendo alle instabilità economiche dovute all'epidemia. Queste restrizioni potrebbero aver portato o porteranno alcune persone transgender e non binari a ricorrere a lavori più pericolosi, a mercati non regolamentati o all'uso di alcol e sostanze stupefacenti per far fronte alla condizione di disagio.

Infine, si ritiene di fondamentale importanza il coinvolgimento diretto delle persone interessate nel processo decisionale, attraverso strategie di ricerca partecipativa, al fine di progettare e sviluppare servizi di supporto che siano non solo efficienti, ma anche appropriati e rispettosi delle loro esigenze.

## CONCLUSIONI

Alla luce dei risultati emersi dalla ricerca è opportuno avanzare alcune considerazioni finali. Innanzitutto, è possibile affermare che il presente studio è stato in grado di fornire un quadro sufficientemente esaustivo delle condizioni che hanno caratterizzato la popolazione transgender e non binary italiana durante la pandemia da Covid-19. In primo luogo, sono emerse alcune criticità comuni al resto della popolazione, come il disagio percepito in relazione all'imposizione delle restrizioni, la paura del contagio e le conseguenze socioeconomiche. Inoltre, è stato possibile rilevare altre criticità, in questo caso peculiari della popolazione transgender e non binary, come la mancanza di accettazione e supporto all'interno dell'ambiente familiare, le difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria specifica e la mancanza di sostegno da parte della comunità LGBT+. Queste problematiche vanno a sommarsi ad una condizione già di per sé alquanto gravosa per queste persone, sottoposte quotidianamente a sfide individuali e sociali correlate allo status di minoranza di genere. Pertanto, è evidente che la salute mentale e la qualità di vita di questa comunità ne hanno risentito significativamente in termini di minority stress, al punto da costituire un problema che richiede non solo l'attenzione della comunità scientifica, ma anche un intervento mirato da parte delle istituzioni e della sanità. Parallelamente a questi risultati, tuttavia, è stata rilevata anche la presenza di fattori protettivi, come strategie di coping, resilienza, propensione al cambiamento, valutazione positiva della propria identità e senso di autoefficacia, sviluppati autonomamente dalle partecipanti durante il periodo pandemico. Questi esiti sono promettenti perché suggeriscono un possibile effetto tampone verso lo stigma e le vulnerabilità strutturali e costituiscono un punto di partenza su cui lavorare per favorire la tutela di questa comunità.

## BIBLIOGRAFIA

Amendola, S., Spensieri, V., Hengartner, M.P. and Cerutti, R. (2021), Mental health of Italian adults during COVID-19 pandemic. *Br J Health Psychol*, 26, 644-656, <https://doi.org/10.1111/bjhp.12502>

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832-864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>

Amerio, A., Brambilla, A., Morganti, A., Aguglia, A., Bianchi, D., Santi, F., Costantini, L., Odone, A., Costanza, A., Signorelli, C., Serafini, G., Amore, M., Capolongo, S. (2020), COVID-19 Lockdown: housing Built Environment's Effects on Mental Health, *Int J Environmental Research and Public Health*, 17 (16), p. 5973 <https://doi.org/10.3390/ijerph17165973>

Amerio, A., Lugo, A., Stival, C., Fanucchi, T., Gorini, G., Pacifici, R., Odone, A., Serafini, G., Gallus, S. (2021), COVID-19 lockdown impact on mental health in a large representative sample of Italian adults, *Journal of Affective Disorders* 292, 398–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.117>.

Ansara, Y. G., & Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137-160. <http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>

Baker, S. R., Bloom, N., Davis, S. J., & Terry, S. J. (2020). Covid-induced economic uncertainty (No. w26983). National Bureau of Economic Research.

Baril, A., & Trevenen, K. (2014). Exploring ableism and cisnormativity in the conceptualization of identity and sexuality ‘disorders’. *Annual Review of Critical Psychology*, 11(1), 389-416.

Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, NY: Columbia University Press

Blackhart, G. C., Nelson, B. C., Knowles, M. L., & Baumeister, R. F. (2009). Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: A meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*, 13(4), 269–309. <https://doi.org/10.1177/1088868309346065>

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103, 943–951. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>

Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer, W., III., & Ettner, R. (2016), Adult development and quality of life of transgender and gender-nonconforming people, *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 188–197. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000232>

Boden, M., Zimmerman, L., Azevedo, K. J., Ruzek, J. I., Gala, S., Abdel Magid, H. S., Cohen, N., Walser, R., Mahtani, N. D., Hoggatt, K. J., McLean, C. P. (2021). Addressing the mental health impact of COVID-19 through population health. *Clinical Psychology Review*, 85, 102006. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102006>

Bradford, J., Xavier, J., Hendricks, M., Rives, M. E., & Honnold, J. A. (2007). The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. Virginia Transgender Health Initiative Study Statewide Survey Report.

Branscombe, NR, & Ellemers, N. (1998). Affrontare la discriminazione basata sul gruppo: strategie individualistiche contro strategie a livello di gruppo. *Pregiudizio*, pp. 243-266

Bränström, R., Pachankis, J. E. (2020), Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total

Population Study, *Am. J. Psychiatry*, 177, 727–734,  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Brennan, JM, Dunham, KJ, Bowlen, M., Davis, K., Ji, G. e Cochran, BN (2021). Incelabile: un modello cognitivo-comportamentale di occultamento del genere e dell'identità sessuale e associazioni con la salute fisica e mentale. *Psicologia dell'orientamento sessuale e della diversità di genere* , 8 (1), 80.

Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., & Geiger, E. F. (2019). Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of counseling psychology*, 66(2), 131–142.  
<https://doi.org/10.1037/cou0000333>

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148–1177. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>

Budimir, S., Probst, T., & Pieh, C. (2021). Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Mental Health*, 30(2), 156-163.

Camacho, G., Reinka, M. A., & Quinn, D. M. (2020). Disclosure and concealment of stigmatized identities. *Current Opinion in Psychology*, 31, 28-32.

Caselli, M., Fracasso, A., Scicchitano, S. (2020), From the Lockdown to the New Normal: An Analysis of the Limitations to Individual Mobility in Italy Following the COVID-19 Crisis, SSRN, <https://ssrn.com/abstract=3710568> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3710568>

Catalpa, J. M., & McGuire, J. K. (2018). Family Boundary Ambiguity Among Transgender Youth. *Family Relations*, 67, 88 –103. <https://doi.org/10.1111/fare.12304>

Charmaz, K. (2003). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. En J. F. Gubrium & J. S. Holstein (Eds.), Handbook of interview research: context and method. 675-694. <http://dx.doi.org/10.4135/9781452218403.n25>

Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure process model: Understanding disclosure decision-making and post-disclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136(2), 236–256.  
<https://doi.org/10.1037/a0018193>

Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 51, 53-69. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04)

Crenshaw, K. (1989). Demarginare l'intersezione di razza e sesso: una critica femminista nera alla dottrina antidiscriminazione, alla teoria femminista e alla politica antirazzista. *tu. Chi. legale f.*, 139.

Decreto-legge 13 Marzo (2021), n. 30, in Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/03/13/21G00040/sg>

Decreto-legge 2 Dicembre (2020), n. 158, in Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/12/02/20G00184/sg>

Decreto-legge 23 Luglio (2021), n. 105, in Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/07/23/21G00117/sg>

Decreto-legge 26 Novembre (2021), n. 172, in Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/11/26/21G00211/sg>

Delibera 17 Marzo (2022), in Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/04/02/22A02188/SG>

Delibera 31 Gennaio (2020), in Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg>

- Di Giovanni, C., Conley, J., Chiu, D., Zaborski, J. (2004) Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur. Bioterror*, 2, 265–272, <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S., & Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Med J Aust*, 212(4), 150-1.
- Dpcm 11 Giugno (2020), in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/06/11/20A03194/sg>
- Dpcm 22 Aprile (2021), n. 52, in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/22/21G00064/sg>
- Dpcm 26 Aprile (2020), in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg>
- Dpcm 3 Novembre (2020), in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/11/04/20A06109/sg>
- Dpcm 7 Ottobre (2020), n. 125, in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/07/20G00144/sg>
- Dpcm 8 Marzo (2020), n. 59, in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg>
- Ellis, S. J., Bailey, L., & McNeil, J. (2016) Transphobic victimisation and perceptions of future risk: a large-scale study of the experiences of trans people in the UK, *Psychology & Sexuality*, 7:3, 211-224, DOI: 10.1080/19419899.2016.1181669
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell’Osso, B., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European Psychiatry*, 63(1), e87. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., Dai, J. (2020), Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS ONE 15 (4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.

Gao, S., Assink, M., Cipriani, A., & Lin, K. (2017). Associations between rejection sensitivity and mental health outcomes: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 59–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.007>

Gava, G., Fisher, A. D., Alvisi, S., Mancini, I., Franceschelli, A., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2021). Mental Health and Endocrine Telemedicine Consultations in Transgender Subjects During the COVID-19 Outbreak in Italy: A Cross-Sectional Web-Based Survey. *The journal of sexual medicine*, 18(5), 900–907. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.009>

Gil, R. M., Freeman, T., Mathew, T., Kullar, R., Ovalle, A., Nguyen, D., Fekete, T., Ovalle, A., Nguyen, D., Kottkamp, A., Poon, J., Marcelin, J. R., & Swartz, T. H. (2021). The LGBTQ+ communities and the COVID-19 pandemic: A call to break the cycle of structural barriers. *The Journal of infectious diseases*.

Gosling, H., Pratt, D., Montgomery, H., & Lea, J. (2022). The relationship between minority stress factors and suicidal ideation and behaviours amongst transgender and gender non-conforming adults: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 303, 31–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.091>

Grant, J. M., Mottet L. A., Tanis J., Harrison J., Herman L. J., and Keisling M. (2011), *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force

Hackimer, L., Proctor, S. L. (2015). Considering the community influence for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth Studies*, 18(3), 277–290. <https://doi.org/10.1080//13676261.2014.944114>

Hatzenbuehler, ML, Phelan, JC e Link, BG (2013). Lo stigma come causa fondamentale delle disuguaglianze di salute della popolazione. *Rivista americana di salute pubblica* , 103 (5), 813-821

Hawke, L. D., Hayes, E., Darnay, K., Henderson, J. (2021), Mental health among transgender and gender diverse youth: An exploration of effects during the COVID-19 pandemic. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(2), 180–187.

<https://doi.org/10.1037/sgd0000467>

Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Styra, R. (2004), SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg. Infect. Dis*, 10, 1206–1212, <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>

<https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>

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, 460 – 467.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0029597>

Herman, J. L., & O’Neill, K. (2020), Vulnerabilities to COVID-19 Among Transgender Adults in the U.S. UCLA: The Williams Institute,

<https://escholarship.org/uc/item/55t297mc>

Ho, C.S.H., Chee, C.Y., Ho, R.C.M. (2020), Mental health strategies to combat the psychological impact of coronavirus disease (COVID-19) beyond paranoia and panic, *Ann. Acad. Med. Singapore*. 49 (3), 155–160

Hughto, J., Pletta, D., Gordon, L., Cahill, S., Mimiaga, M. J., & Reisner, S. L. (2021). Negative Transgender-Related Media Messages Are Associated with Adverse Mental Health Outcomes in a Multistate Study of Transgender Adults. *LGBT health*, 8(1), 32–41. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0279>

Hwang, T., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., Ikeda, M. (2020), Loneliness and social isolation during COVID-19 pandemic. *Int. Psychogeriatr*. 1–15.

<https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>

Institute of Medicine (IOM), (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13128>.

Islam, M. S., Sarkar, T., Khan, S. H., Mostofa Kamal, A. H., Hasan, S., Kabir, A., Yeasmin, D., Islam, M. A., Amin Chowdhury, K. I., Anwar, K. S., Chughtai, A. A., &

Seale, H. (2020). COVID-19-Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 103(4), 1621–1629. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>

Istat (2020), Occupati e disoccupati, <https://www.istat.it/it/archivio/occupati+e+disoccupati>

Jarrett, B. A., Peitzmeier, S. M., Restar, A., Adamson, T., Howell, S., Baral, S., & Beckham, S. W. (2020), Gender-affirming care, mental health, and economic stability in the time of COVID-19: A global cross-sectional study of transgender and non-binary people [Preprint]. *Epidemiology*. <https://doi.org/10.1101/2020.11.02.20224709>

Jeong, H., Yim, H.W., Song, Y.-J., Ki, M., Min, J.A., Cho, J., Chae, J.H. (2016), Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol. Health*, 38, e2016048, <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>

Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics*, 63(6), 1011-1025.

Kidd, J. D., Jackman, K. B., Barucco, R., Dworkin, J. D., Dolezal, C., Navalta, T. V., Belloir, J., Bockting, W. O. (2021), Understanding the Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Transgender and Gender Nonbinary Individuals Engaged in a Longitudinal Cohort Study. *Journal of Homosexuality*, 68(4), 592–611. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1868185>

Kitsuse, J. I. (1962). Societal reaction to deviant behavior: Problems of theory and method. *Social Problems*, 9, 247-256. doi:10.2307/799235

Kneale, D., & Becares, L. (2020). The mental health and experiences of discrimination of LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic: initial findings from the Queerantime study. *MedRxiv*.

Koehler, A., Motmans, J., Alvarez, LM, Azul, D., Badalyan, K., Basar, K., Dhejne C., Duišin D., Grabski B., Dufrasne A. e Nieder, TO (2020). How the COVID-19 pandemic affects transgender health care in upper-middle-income and high-income countries – A worldwide, cross-sectional survey, *MedRxiv* .

Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., Fuchs, E. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 1291-1301.  
doi:10.1016/j.neubiorev.2011.02.003

Lazarus, R.S.; Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.

Marino, L., & Capone, V. (2021). Smart Working and Well-Being before and during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(4), 1516-1536.

Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016), Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 58–69, <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1073143>

Mazza, C., Ricci, E., Biondi S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., Roma, P. (2020), A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, n. 9, 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>.

McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55– 61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>

McLemore, K. A. (2015). Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self and Identity*, 14, 51–74. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2014.950691>

McLemore, K. A. (2018). A minority stress perspective on transgender individuals' experiences with misgendering. *Stigma and Health*, 3(1), 53–64. <https://doi.org/10.1037/sah0000070>

Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago, CHI: University of Chicago Press.

Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bodini, L., Zordan, M. A., Rigobello, P., Visioli, F., & Novara, C. (2021). Students' mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 69–77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.045>

Mehu, M., & Scherer, K. S. (2015). The appraisal bias model of cognitive vulnerability to depression. *Emotion Review*, 7(3), 272–297.

<https://doi.org/10.1177/1754073915575406>

Merton, RK. (1968) *Social theory and social structure*. New York: Free Press;

Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38. <https://doi.org/10.2307/2137286>

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), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209.

<https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

Meyer, I.H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I.H. Meyer & M. Northridge (Eds.), *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*, 242-267. New York: Springer

Ministero della Salute, Certificazione verde Covid-19, <https://www.dgc.gov.it/web/>

Mirabella, M., Senofonte, G., Giovanardi, G., Lingiardi, V., Fortunato, A., Lombardo, F., & Speranza, A. M. (2021). Psychological Well-Being of Trans\* People in Italy During the COVID-19 Pandemic: Critical Issues and Personal Experiences. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00633-3>

Moore, SE; Wierenga, KL; Principe, DM; Gillani, B.; Mintz, LJ Disproportionate Impact of the COVID-19 Pandemic on Perceived Social Support, Mental Health and Somatic Symptoms in Sexual and Gender Minority Populations. *J. Homosex.* 2021, 1–15.

- Nese, M., Riboli, G., Brighetti, G., Sassi, V., Camela, E., Caselli, G., Sassaroli, S., Borlimi, R. (2020), Delay discounting of compliance with containment measures during the COVID-19 outbreak: a survey of the Italian population, *Wiss Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften, Journal of public health*, 1–9, <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01317-9>
- Newcomb, M. E. et al. (2020), High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, 522 Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender 523 Diverse Youth and Young Adults. *Arch. Sex. Behav.* 49, 645–659.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., Agha, R. (2020), The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): a review. *Int. J. Surg.* 78, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2020.04.018>.
- Ordinanza 20 Marzo (2020), in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Roma: Governo Italiano, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/20/20A01797/sg>
- Pachankis JE (2007). Le implicazioni psicologiche di nascondere uno stigma: un modello cognitivo-affettivo-comportamentale. *Bollettino psicologico* , 133 (2), 328–345. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>
- Pariseau, EM, Chevalier, L., Long, KA, Clapham, R., Edwards-Leeper, L. e Tishelman, AC (2019). La relazione tra accettazione-rifiuto familiare e funzionamento psicosociale dei giovani transgender. *Pratica clinica in psicologia pediatrica*, 7 (3), 267.
- Pellicane, M. J., & Ciesla, J. A. (2022). Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102113>
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. L., & Bockting, W. O. (2015). Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41, 1-8. doi:10.1080/08964289.2015.1028322

- Pettigrew, TF (1967). Teoria della valutazione sociale: convergenze e applicazioni. In *Nebraska simposio sulla motivazione*. Stampa dell'Università del Nebraska.
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281-286. doi:10.1037/sgd0000122
- Riva, G., Wiederhold, B. K., & Mantovani, F. (2021). Surviving COVID-19: the neuroscience of smart working and distance learning. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(2), 79-85.
- Rossi, R., Succi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., Di Lorenzo, G. (2020), COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy, *Front Psychiatry*, 11, 790, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00790>
- Rovetta, A., Bhagavathula, A.S. (2020), COVID-19-related web search behaviors and infodemic attitudes in Italy: infodemiological study. *JMIR Public Health Surveill.* 6(2) e19374, <https://doi.org/10.2196/19374>
- Scandurra, C., Amodio, 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>
- Scandurra, C., Carbone, A., Baiocco, R., Mezzalana, S., Maldonato, N. M., & Bochicchio, V. (2021), Gender Identity Milestones, Minority Stress and Mental Health in Three Generational Cohorts of Italian Binary and Nonbinary Transgender People. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9057. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179057>

Scarpelli, S., Alfonsi, V., Mangiaruga, A., Musetti, A., Catena Quattropiani, M., Lenzo, V., Freda, M. F., et al. (2021), Pandemic Nightmares: Effects on Dream Activity of the COVID-19 Lockdown in Italy, *Journal of Sleep Research* 30, n. 5.

<https://doi.org/10.1111/jsr.13300>.

Schein, A. I., Baker, K. E., Restar, A. J., & Sell, R. L. (2022). Health and Health Care Among Transgender Adults in the United States. *Annual Review of Public Health*, 43, 503-523.

Schulman, J. K., & Erickson-Schroth, L. (2019). Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 723–733.

<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.005>

Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89(1), 20-27. doi:10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x

Singh, A. A., Meng, S. E., & Hansen, A. W. (2014). “I am my own gender”: Resilience strategies of trans youth. *Journal of Counseling and Development*, 92(2), 208-218. doi:10.1002/j.1556-6676.2014.00150.x

Smith, J.A., Jarman, M. and Osborn, M. (1999) Doing interpretative phenomenological analysis. In: Murray, M. and Chamberlain, K., Eds., *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*, Sage, London, 218-241

<http://dx.doi.org/10.4135/9781446217870.n14>

Smith, S. K., & Turell, S. (2017). Perceptions of healthcare experiences: Relational and communicative competencies to improve care for LGBT people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 637–657. <https://doi.org/10.1111/josi.12235>

Smith, S. K. (2020). Transgender and Gender Nonbinary Persons’ Health and Well-Being: Reducing Minority Stress to Improve Well-Being. *Creative Nursing*, 26(2), 88–95. <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-19-00083>

Stanton, M. C., Ali, S., Chaudhuri, S. (2017), Individual, social and community-level predictors of wellbeing in a US sample of transgender and gender non-conforming

individuals. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 32–49.

<https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1189596>

Strübel, J., Sabik, N. J., & Tylka, T. L. (2020). Body image and depressive symptoms among transgender and cisgender adults: Examining a model integrating the tripartite influence model and objectification theory. *Body Image*, 35, 53–62.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.004>

Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2020). Gender Minority Stress: A Critical Review. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1471–1489.

<https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1591789>

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, 65–77. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000081>

Thoits, PA (1985). Sostegno sociale e benessere psicologico: possibilità teoriche. In *Sostegno sociale: teoria, ricerca e applicazioni* (pp. 51-72). Springer, Dordrecht.

Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A. (2020), The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>

Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., Benotsch, E. G. (2017), The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>

Turner, JC. Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. In: Ellemers, N.; Spears, R.; Doosje, B., editors. *Social identity: Context, commitment, content*. Oxford, England: Blackwell; 1999. p. 6-34.

Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018), A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States, *Clinical Psychology Review*, 66, 24–38.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>

Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24–38.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C, Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 565-600. doi:10.1037/a0018697

Velez, BL, Breslow, AS, Brewster, ME, Cox, R. e Foster, AB (2016). Costruire un modello panteoretico di disumanizzazione con uomini transgender: integrazione di teorie sull'oggettivazione e sullo stress delle minoranze. *Giornale di psicologia del counseling* , 63 (5), 497–508. <https://doi.org/10.1037/cou0000136>

Wheaton, B. (1999), The nature of stressors. In: Horwitz, AF.; Scheid, TL., editors. A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems. Cambridge, England: Cambridge University Press; p. 176-197.

Wheaton, M. G., Prikhidko, A., & Messner, G. R. (2021). Is fear of COVID-19 contagious? The effects of emotion contagion and social media use on anxiety in response to the coronavirus pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 3594.

Whitfield, D. L., Walls, N. E., Langenderfer-Magruder, L., & Clark, B. (2014). Queer is the new black? Not so much: Racial disparities in anti-LGBTQ discrimination. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 426-440.

Whittington, C., Hadfield, K. & Calderón, C. (2020), The Lives & Livelihoods of Many in the LGBTQ Community are at Risk amidst the COVID-19 Crisis, Human Rights Campaign Foundation

Williams, S. L., & Mann, A. K. (2017). Sexual and gender minority health disparities as a social issue: How stigma and intergroup relations can explain and reduce health disparities. *Journal of Social Issues*, 73(3), 450–461. <https://doi.org/10.1111/josi.12225>

Wiseman, T.A.; Curtis, K.; Lam, M.; Foster, K. (2015), Incidence of depression, anxiety and stress following traumatic injury: A longitudinal study, *Scandinavian Journal of*

Trauma Resuscitation and Emergency Medicine, 23, 29,  
<https://doi.org/10.1186/s13049-015-0109-z>

World Health Organization (WHO) (2005), International health regulation,  
[https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1)

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020), Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>