



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata –
FISPPA**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione – DPSS

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA E GENITORIALITÀ:

INTENZIONE, DESIDERIO E SFIDE CARATTERISTICHE

**NON BINARY GENDER IDENTITY AND PARENTHOOD: INTENTION, DESIRE
AND SPECIFIC CHALLENGES**

Relatrice:

Prof.ssa Marina Miscioscia

Laureanda: Alessia Modica

Matricola: 2050754

Anno Accademico 2023-2024

Tempo.

Al Tempo che viene tolto ogni giorno a centinaia di sorelle.

Al Tempo che abbiamo dedicato alla lotta, per un mondo più giusto.

Al Tempo che mi è stato dedicato dalla mia famiglia, da 24 anni.

Al Tempo che mi è stato offerto dalle persone che amo, che abitano i miei pensieri e che ogni giorno mi sostengono, da vicino o da lontano.

Al Tempo che mi è stato donato da chiunque abbia contribuito alla realizzazione di questa tesi.

Alla mia comunità queer, alle mie sorelle, allə compagnə, allə amicə, a chi è con me da anni e a chi ho conosciuto da poco: con questa tesi dedico a voi il mio Tempo. Spero possiate farne tesoro e possiate, a vostra volta, dedicare il vostro Tempo a qualcosa che vi renderà felici.

A chiunque leggerà questa tesi, al Tempo che impiegherà passando da una pagina all'altra: abbi cura del tuo Tempo, del mio, e di quello di chi ogni giorno combatte ancora per dimostrare al mondo che c'è uno spazio anche per lai.

Alla speranza che, un giorno, queste pagine ingiallite dal Tempo saranno piene di concetti ovvi e datati, a cui non ha più senso dedicare le proprie ricerche.

Alla speranza di una vera liberazione queer che parta da questo tipo di lavori e arrivi ovunque nel mondo.

Ci vorrà Tempo.

Prometto che continuerò a impiegare parte del mio per realizzare questo desiderio.

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1: IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA.....	3
1.1 PREMESSA LINGUISTICA	3
1.2 IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA.....	4
1.3 IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA E SALUTE	6
CAPITOLO 2: GENITORIALITÀ E NON BINARISMO DI GENERE	11
2.1 DESIDERIO E INTENZIONE DI GENITORIALITÀ	11
2.2 LEGISLAZIONE RELATIVA ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA E ACCESSO ALLA GENITORIALITÀ.....	14
2.3 PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ	16
CAPITOLO 3: METODOLOGIA DELLA RICERCA	19
3.1 OBIETTIVI.....	19
3.2 PARTECIPANTI	20
3.3 STRUMENTI.....	24
CAPITOLO 4: RISULTATI.....	27
4.1 NOTE INTRODUTTIVE.....	27
4.2 SINTESI DEI TEMI GENERATI DALL'ANALISI TEMATICA	28
4.3 SGUARDI DIFFERENTI: LE DIVERSE PROSPETTIVE RISPETTO ALLA GENITORIALITÀ.....	29
4.4 LA VISIONE DEL CORPO IN GRAVIDANZA.....	35
4.5 L'ASSOCIAZIONE TRA GRAVIDANZA E FEMMINILITÀ	39
4.6 SFIDE E RISORSE DELLA GENITORIALITÀ NON-BINARY	43

4.7 IL LEGAME TRA FERTILITÀ E TERAPIA ORMONALE AFFERMATIVA	48
4.8 ESSERE VISTO, ESSERE INVISIBILIZZATO E NECESSITÀ DI INVISIBILIZZARSI....	50
4.9 UNO SGUARDO AL FUTURO	55
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	59
5.1 DISCUSSIONE.....	59
5.2 PUNTI DI FORZA, LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE	66
BIBLIOGRAFIA.....	69

INTRODUZIONE

La presente tesi ha come obiettivo quello di indagare il fenomeno della genitorialità dal punto di vista delle persone non binarie in Italia. In particolare, verranno trattate tematiche quali il desiderio e l'intenzione di genitorialità, facendo attenzione a differenziare l'esperienza di persone che hanno intrapreso un percorso di affermazione di genere e persone che, invece, non hanno optato per questa soluzione. Un ulteriore obiettivo del presente lavoro è quello di sopperire alla carenza di letteratura scientifica che tratti la tematica, soprattutto in ambito italiano: nonostante a livello internazionale sia possibile reperire poche pubblicazioni che approfondiscono il tema della genitorialità e della popolazione transgender, il numero di quelle che trattano nello specifico di persone non-binary è particolarmente esiguo. Infine, ci si focalizzerà sulle sfide che le persone non binarie immaginano di dover affrontare nel percorso di transizione alla genitorialità.

La tesi è così strutturata: nel primo capitolo verrà presentata una breve premessa linguistica, seguita dall'introduzione all'identità di genere non binaria e ad alcune caratteristiche peculiari della stessa; a seguire, il secondo capitolo tratterà del tema della genitorialità calata nel caso specifico della popolazione non-binary, unitamente all'argomento della preservazione della fertilità e della legislazione in merito alla salute riproduttiva; il terzo capitolo sarà focalizzato sulla metodologia della ricerca e vedrà al suo interno la descrizione delle partecipanti e degli strumenti utilizzati; successivamente, nel quarto capitolo sarà possibile trovare i risultati ottenuti dall'analisi qualitativa dei dati, effettuata seguendo la Temathic Analysis di Braun e Clarke (2006); concludendo, il quinto capitolo vedrà al suo interno la discussione finale e le prospettive future in merito a questo filone di ricerca.

CAPITOLO 1

IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA

1.1 PREMESSA LINGUISTICA

Alla luce delle tematiche trattate e di recenti studi, si è scelto di usare un linguaggio inclusivo per la stesura della presente tesi.

La lingua italiana prevede due generi grammaticali, il maschile e il femminile, e prescrive l'utilizzo del maschile generico (o maschile sovraesteso) per indicare una pluralità di individui, di cose o di animali nel momento in cui figura almeno un soggetto di genere maschile. Maria, Sara, Sofia e Carla sono un gruppo di amiche, mentre Maria, Sara, Sofia e Carlo sono un gruppo di amici: nonostante le donne siano numericamente maggiori viene comunque usato il maschile. Il problema si pone dunque nel momento in cui si considerano gruppi misti, poiché usando il maschile plurale generico (chiamato talvolta “maschile sovraesteso”, o “maschile generico”) non sempre le donne vengono cognitivamente incluse. È stato dimostrato che presentare un testo scritto in modo non sessista favorisce questo tipo di inclusione (Braun et al., 2005). La questione diventa più complessa nel momento in cui si considerano persone la cui identità di genere è non binaria. Non prevedendo un terzo genere grammaticale neutro, la lingua italiana non riesce a includerle dal punto di vista grammaticale. Inoltre, qualsiasi termine italiano ha un genere grammaticale, maschile o femminile. Ciò non succede in lingue come l'inglese, i cui vocaboli non hanno un genere grammaticale, e in cui l'uso di pronomi personali neutri (*they/them*) è possibile. In Italia numerosi gruppi LGBTQIA+ e transfemministi hanno iniziato a trovare delle strategie alternative sia per rivolgersi a persone non binarie, dunque a persone la cui identità di genere non corrisponde a nessuno dei generi grammaticali disponibili, sia per parlare di pluralità di individui senza dover usare necessariamente il maschile sovraesteso. Una possibile soluzione è stata proposta da Baiocco e colleghe che hanno suggerito, oltre al più conosciuto asterisco (*) da sostituire alla vocale finale dei termini (es: Alex è un* mi* amic*), l'utilizzo della schwa, o schevà (ə), come suffisso di genere neutro, sia nello scritto che nel parlato (Baiocco et al., 2023): si tratta di un carattere dell'Alfabeto Fonetico Internazionale

(AFI), usato nelle trascrizioni fonetiche delle parole. Stiamo parlando di un fonema presente anche in numerosi dialetti, sia del nord che del sud Italia: in piemontese, ad esempio, troviamo la schwa in fëtta /'fəttə/ ("fetta"), ma anche in pèrchè /pər'kɛ/ ("perché"). Altre parole simili sono presenti in alcuni dialetti meridionali, come il napoletano. Il suono della schwa è simile a un troncamento della parola, dunque si presta bene nel caso in cui ci si rivolga a una persona non binaria. Inoltre, sempre Baiocco e colleghə riportano che adottare questa soluzione può avere effetti positivi sulle persone non binarie tra cui la riduzione della disforia di genere e la presenza di emozioni positive. Nonostante ciò, l'adozione di questo tipo di soluzione e di qualsiasi altra opzione che preveda l'inclusione delle persone non binarie (asterischi, troncamento delle parole, altri simboli, ecc...) non è stata accolta positivamente da chiunque, sono anzi numerosə coloro che si sono oppostə e che continuano ad opporsi a questo tipo di novità in nome della preservazione della lingua italiana. Nonostante le critiche mosse, si è comunque scelto di usare un linguaggio inclusivo per la scrittura del presente elaborato, alla luce degli studi di cui sopra, poiché le persone non binarie sono uno dei focus della tesi e di conseguenza si ritiene fondamentale che il testo risulti più inclusivo possibile. Inoltre, l'adozione di questo tipo di linguaggio è auspicabile anche nella vita di tutti i giorni, essendone stato dimostrato il beneficio che può portare a più categorie di persone.

In ultima battuta, alcuni degli studi presenti in letteratura sulle tematiche affrontate nella presente ricerca fanno riferimento alla dicitura "TGNC" (transgender e gender non conforming), etichetta usata per indicare tuttə coloro che rientrano sotto l'ombrello transgender e non-binary. Alla luce della versione più recente delle linee guida in merito alla salute di questa fetta di popolazione, tale dicitura verrà sostituita dalla più aggiornata "TGD" (transgender e gender diverse) (Coleman et al., 2022).

1.2 IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA

L'ottava versione degli *Standars of Care for the Health of transgender and gender diverse people* (da qui in poi abbreviato in SOC-8, o *Standars of Care*) pubblicata da un'equipe di professionisti

della *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) definisce l'identità di genere come "il senso profondo, interno e intrinseco che una persona ha del proprio genere" (Coleman et al., 2022, p. 250). Si tratta della percezione di sé come donna, uomo, o come un altro genere (Rowland, 2022). L'identità di genere è una delle quattro componenti dell'identità sessuale, insieme a sesso, orientamento sessuale ed espressione di genere. Non-binary è un termine ombrello usato da coloro la cui identità di genere cade al di fuori del binarismo uomo/donna (Coleman et al., 2022). In particolare, questa etichetta "indica quelle persone che vivono la propria identità di genere in modo non conforme al binarismo di genere, ovvero non riconoscendosi esclusivamente né nel genere maschile né in quello femminile, ma in uno o più generi che oscillano tra questi, li attraversano e/o ne esulano completamente" (Scandurra et al., 2019, p. 1). Alcuni gruppi LGBTQIA+ e alcuni studi sulla tematica considerano l'identità non-binary come sottostante all'ombrello transgender, il quale si compone di tutte le persone la cui identità di genere varia dal sesso assegnato alla nascita (Schudson & Morgenroth, 2022), mentre in altri casi questa associazione non viene fatta, poiché "i termini "transgender" e "cisgender" vengono percepiti come un'ulteriore dicotomia non del tutto rappresentativa" (Rosati, 2020, p. 5). Spesso è la singola persona a riconoscersi o meno al di sotto dell'ombrello trans*, in base al proprio vissuto. Come sottolineato da Rosati e colleghi in una ricerca del 2022, delle volte la riluttanza a identificarsi nello spettro trans* deriva dalla visione che legittima unicamente l'esperienza di persone trans binarie che intraprendono un percorso affermativo dal punto di vista medico, causando in chi non si rivede entro questa visione la sensazione di non appartenere al gruppo. Trattandosi anch'esso di un termine ombrello, non-binary racchiude al suo interno una varietà di identità, ma può anche rappresentare un'identità a sé stante: ogni persona definisce il significato che vi attribuisce (Coleman et al., 2022). Genderfluid, agender e genderqueer sono solo alcuni esempi di identità non binarie: come ricordato dagli *Standars of Care*, l'uso di questi termini varia nel tempo e nello spazio. Rispetto alla prevalenza delle persone non binarie, i dati oscillano tra una percentuale dello 0.8% a una percentuale del 13% (Richards et al., 2016) in relazione alla popolazione indagata e al sesso

assegnato alla nascita dellə rispondenti. In particolare, si usa la sigla “AFAB”, *assigned female at birth*, per riferirsi a coloro a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita; di contro, con “AMAB”, *assigned male at birth*, ci si riferisce a coloro a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita.

1.3 IDENTITÀ DI GENERE NON BINARIA E SALUTE

La comunità scientifica si è focalizzata sulle persone transgender e non binarie con crescente attenzione negli ultimi decenni. Nonostante ciò, questa fetta di popolazione soffre ancora di una scarsa quantità di studi dedicati. Come riportato da Scandurra e collegħə in una ricerca del 2019, se paragonata alla popolazione cisgender, la popolazione transgender e non-binary presenta un numero maggiore di rischi legati sia alla salute fisica che alla salute psicologica. Un denominatore comune può essere individuato nel modello del minority stress, proposto per la prima volta da Meyer nel 2003 e aggiornato da Frost e Meyer nel 2023: negli ultimi decenni questo modello è stato usato per parlare delle persone transgender e non binarie, poiché il minority stress affonda le proprie radici nel pregiudizio e nello stigma, spesso sperimentati non solo da questa fetta di popolazione, ma dalla comunità LGBTQIA+ tutta, trattandosi di una minoranza a livello di orientamento sessuale e/o di identità di genere. “Ad esempio, lə studiosə hanno notato l'importanza di riconoscere il ruolo della cisnormatività nel plasmare le esperienze di stress delle minoranze di genere, e che il misgendering e l'invalidazione dell'identità rappresentano fattori di minority stress unici per le persone non binarie” (Frost & Meyer, 2023). Nello specifico, la cisnormatività è stata descritta come l'aspettativa che tutte le persone siano cisgender, ossia che la loro identità di genere corrisponda al sesso assegnato alla nascita e che questa corrispondenza rimanga invariata nel tempo (Bauer et al., 2009). Quanto affermato da Frost e Meyer nel 2023 è in linea con l'idea che persone non-binary (e LGBTQIA+ in generale) affrontino delle sfide specifiche e abbiano dunque bisogno di una particolare attenzione nel momento in cui si voglia analizzare la loro salute fisica e psicologica. Questa ipotesi è confermata anche da quanto riportato dalla WPATH: i fattori di stress minoritario

che vengono esperiti dalle persone non binarie sono simili ma anche unici rispetto a quelli esperiti dalle persone transgender. Ciò è sottolineato ulteriormente da una review di Matsuno e Budge del 2017, nella quale vengono sottolineate una serie di challenge specifiche della comunità non-binary, come ad esempio il doversi interfacciare giornalmente con un mondo binario (basti pensare, ad esempio, alla divisione maschi/femmine dei bagni pubblici o dei negozi di vestiti). Volendo dunque confrontare tra di loro il gruppo delle persone trans binarie e non binarie, la ricerca mostra risultati talvolta contrastanti tra loro: se da una parte le persone non-binary palesano outcomes migliori, dall'altra il risultato è opposto (Scandurra et al., 2019). Le autore, così come altre studiosa, ipotizzano che la causa abbia le proprie radici nella tipologia di indagini che viene condotta e nella mancanza di un quantitativo di studi elevato sul tema. Per quanto concerne, invece, tutta quella sfera di interventi finalizzati all'affermazione di genere, la popolazione non-binary appare molto più eterogenea rispetto a quella transgender binaria, in quanto composta da persone che possono o vogliono accedere a diverse tipologie di interventi, intesi in senso lato, riguardanti l'affermazione di genere. Rispetto al percorso di affermazione di genere di tipo medicalizzato, parliamo di persone che desiderano sottoporsi a terapie ormonali e persone che, invece, non sono interessate a questa opzione. Lo stesso può essere detto delle chirurgie affermative. Delle volte le pazienti non-binary sono interessate all'accesso a terapie ormonali e chirurgie affermative adatte a loro, quindi in parte diverse da quelle cercate da persone trans binarie (Vincent, 2020; Kinney & Cosgrove, 2022). Per quanto riguarda quella che viene definita "transizione sociale", che si ha nel momento in cui la persona fa coming-out e inizia ad usare il proprio nome e pronomi d'elezione, alcune persone non-binary soprattutto in Italia possono optare per l'uso di uno dei due set di pronomi disponibili (lei/le, lui/gli), non essendocene un terzo neutro. Un'altra casistica che è possibile riscontrare è quella di chi sceglie di usare il neutro nello scritto, adottando una delle soluzioni proposte precedentemente, e il maschile e/o il femminile nel parlato. Sebbene anche la popolazione transgender si compone di individui che optano per strade diverse, ciò è ancora più evidente se prendiamo in considerazione le persone non-binary. In Italia, poi, non è infrequente che le persone decidano, ad esempio, di non

ricorrere alla rettifica anagrafica proprio alla luce del fatto che la legislazione attualmente in vigore non prevede l'esistenza di un genere che sia diverso dal binario maschio/femmina. In generale, è buona prassi che il personale sanitario informi la persona in questione non solo rispetto alle opzioni al momento disponibili e alle loro conseguenze, ma anche rispetto ai limiti (*Standards of Care*, 2022).

Alla luce delle specifiche necessità delle persone non binarie e della letteratura a disposizione, il gruppo di studiosi che ha curato l'ultima edizione degli *Standards of Care* ha stilato una serie di quattro consigli che il personale sanitario dovrebbe applicare nel momento in cui si interfaccia con persone non binarie: “raccomandiamo che il personale sanitario offra alle persone non binarie una valutazione e un trattamento individualizzato che affermino la loro esperienza di genere; raccomandiamo che il personale sanitario consideri interventi medici affermativi di genere (terapia ormonale o chirurgia) per le persone non binarie in assenza della transizione di genere sociale; raccomandiamo che il personale sanitario consideri interventi di chirurgia affermativi in assenza della terapia ormonale, a meno che la terapia ormonale non sia richiesta per ottenere i risultati desiderati; raccomandiamo che il personale sanitario offra informazioni alle persone non binarie rispetto agli effetti delle terapie ormonali e delle chirurgie sulla futura fertilità e che discuta le opzioni per la preservazione della fertilità prima di iniziare la terapia ormonale o prima di effettuare interventi chirurgici”. In generale, è richiesto al personale socio sanitario di supportare al meglio le pazienti nel momento in cui si rivolgono alle strutture per motivazioni legate alla loro identità di genere (Richards et al., 2016). Nel contatto con il personale sanitario, spesso l'esperienza delle persone non-binary non è positiva. È possibile che i loro bisogni specifici vengano erroneamente assimilati a quelli della popolazione trans binaria o che vengano loro proposte, a volte con insistenza, delle opzioni che non erano state richieste, come ad esempio chirurgie affermative; in alcuni casi, data l'impossibilità dei servizi di rispondere alle loro necessità specifiche, le persone non binarie ricorrono al supporto di gruppi di pari o cercano da sé delle soluzioni (Lykens et al., 2018; Vincent, 2020; Kinney & Cosgrove, 2022). In generale, è fondamentale tenere in

considerazione le differenze individuali e cercare di far emergere la specificità di ogni persona non binaria (Matsuno & Budge, 2017).

Rosati e colleghi hanno evidenziato una serie di elementi che possono influenzare positivamente e negativamente l'esperienza di pazienti non-binary in psicoterapia, esplorando i racconti dell'25 partecipanti al loro studio del 2022. Anche in questo caso alcune partecipanti hanno sottolineato la mancanza di un'adeguata formazione da parte dell'25 psicoterapeuta, elemento che ha influenzato negativamente la loro esperienza. Altri aspetti che hanno concorso a una percezione negativa della terapia e dell'alleanza terapeutica sono l'invalidazione della propria identità di genere, la necessità di dover formare l'25 professionista sull'argomento e le micro-aggressioni subite durante le sedute, che potevano sfociare a volte in un approccio patologizzante all'identità di genere dell'25 paziente. Alla luce di queste esperienze, è possibile che si verifichi un drop-out. Di contro, l'25 partecipanti alla ricerca hanno segnalato che un atteggiamento aperto e interessato da parte dell'25 terapeuta viene vissuto come positivo, così come l'uso dei giusti pronomi e in generale evitare di usare termini binari come "signore" o "signora" porta a un senso di validazione, il quale influisce positivamente sulla relazione terapeutica. Riconoscere le sfide specifiche della comunità non binaria si è rivelato uno strumento importante per l'25 psicoterapeuta che vuole instaurare un'alleanza positiva. Oltre all'importanza dell'uso dei pronomi e del nome di elezione per l'25 pazienti in terapia, è fondamentale dare la giusta importanza alla percezione di sé e della propria identità di genere dell'25 paziente (Matsuno & Budge, 2017; Knutson et al., 2019; Kinney & Cosgrove, 2022). Di conseguenza, è fondamentale riconoscere i propri bias e lavorare continuamente sulla propria educazione rispetto al tema del non binarismo, nel momento in cui ci si interfaccia con pazienti non-binary; è altresì importante la costruzione di un ambiente che risulti accogliente e inclusivo e che faccia sentire l'25 paziente al sicuro, magari inserendo bandiere arcobaleno, costruendo brochure informative e in generale rendendo anche lo spazio fisico visibilmente supportivo (Matsuno & Budge, 2017; Kinney & Cosgrove, 2022).

È possibile favorire l'inclusione delle persone non binarie anche nella ricerca, come dimostrato da una ricerca condotta sotto la supervisione di Suitner nel 2021 (Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione): nella stesura dei questionari online che spesso vengono adoperati negli studi di psicologia, per esempio, optare per una scelta inclusiva nella raccolta di informazioni anagrafiche può beneficiare le rispondenti non-binary, dunque è consigliabile evitare l'utilizzo di opzioni dicotomiche (genere: maschio o femmina?) e preferire quantomeno soluzioni che prevedano una terza opzione, se non addirittura dare a chi compila il questionario la possibilità di inserire la propria identità di genere liberamente entro un campo vuoto. Quest'ultima opzione è stata suggerita anche da Matsuno e Budge nel 2017, con lo scopo di ottenere informazioni più accurate rispetto al campione oggetto di studio.

.

CAPITOLO 2

GENITORIALITÀ E NON BINARISMO DI GENERE

2.1 DESIDERIO E INTENZIONE DI GENITORIALITÀ

Il desiderio e l'intenzione di genitorialità della popolazione LGB+ sono stati largamente indagati negli ultimi decenni, soprattutto alla luce dell'introduzione, in vari Stati, di leggi che tutelano e garantiscono l'unione civile o il matrimonio tra coppie di persone dello stesso genere. Abbiamo dunque a disposizione diversi articoli che analizzano la genitorialità di persone non eterosessuali. Lo stesso non si può dire della popolazione non binaria: gli studi che hanno come oggetto le persone non-binary sono pochi, e quasi sempre si tratta di articoli che trattano insieme sia persone transgender che non-binary, andando così a unire questi due tipi di esperienza che, se per alcuni versi hanno parecchi aspetti in comune e condividono una fetta del proprio percorso, d'altra parte presentano delle differenze degne di nota che, così facendo, vengono annullate.

Storicamente, la genitorialità è stata considerata compatibile solo con le persone cisgender. Oggi, come riportato da Tasker e Gato in una ricerca del 2020, sono diversi gli studi che sottolineano come le persone trans possano avere figli, e come il percorso di affermazione di genere non influenzi negativamente l'essere genitore. Anche nelle linee guida WPATH viene evidenziato il diritto delle persone transgender ad avere una prole. Se paragonate alle persone cisgender, le persone transgender hanno riportato in diversi studi il medesimo desiderio di genitorialità (Tasker & Gato, 2020; Marinho et al., 2021).

Analizzando nello specifico la popolazione non binaria, con il limite sopracitato dell'impossibilità di reperire degli studi che non la accorpino a quella transgender, una recente review riporta che il desiderio di genitorialità delle persone non-binary e transgender è molto alto (Schwartz & Moravek, 2021). Nello stesso studio è riportato come diverse persone appartenenti a questa popolazione abbiano già raggiunto l'obiettivo di diventare genitori. Inoltre, sempre Schwartz e Moravek nel 2021 evidenziano come nonostante il desiderio di genitorialità sia inferiore in adolescenti trans e non-binary, una buona parte desidera comunque avere figli e ammette che potrebbe cambiare idea

in futuro. Defreyne e colleghi hanno condotto uno studio su un campione di 172 persone AFAB, di cui il 32.6% si identificava come non-binary: è emerso che quasi il 40% delle rispondenti presentava il desiderio di diventare genitore, mentre il 10% circa lo era già (Defreyne et al., 2020a). Per quanto riguarda le persone AMAB, Mattawanon e colleghi nel 2022 hanno riscontrato che, mettendo a confronto donne transgender e persone non binarie, il 30.4% desiderava diventare genitore, e coloro che esprimevano questo desiderio tendevano ad avere un buon rapporto con la propria famiglia e ad avere una relazione stabile. Questo aspetto potrebbe verosimilmente avere a che fare con il concetto di perinatalità psichica, che inizia con l'elaborazione del desiderio di genitorialità e prende in considerazione le rappresentazioni di sé sia come bambino che come genitore (Zurlo, 2009): possiamo ipotizzare che una buona immagine di sé all'interno della famiglia di origine favorisca il desiderio di avere a propria volta uno o più bambini. Un altro fattore che sembra accompagnare la ricerca della genitorialità è il raggiungimento di un senso di sé come persona non-binary (Tasker e Gato, 2022), che potrebbe essere concettualizzato come validazione della propria identità di genere. In un'altra ricerca che ha coinvolto persone trans e non-binary, il 44% delle rispondenti desiderava avere figli e il 33% di loro aveva un'identità di genere non binaria (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Le modalità mediante le quali è possibile avere una prole sono la genitorialità biologica (che coinvolga dunque il proprio DNA, ma che può essere raggiunta sia attraverso rapporti sessuali che con la crioconservazione del materiale genetico), la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA, facendo ricorso a uno, due o nessuno donatore), l'adozione (sia delle figlie del partner, sia di un bambino che non abbia legami di sangue con i genitori) e l'affido. Rispetto poi all'effettiva possibilità di diventare genitore, le persone non-binary e transgender vanno incontro a una serie di barriere che ritardano o addirittura impediscono la soddisfazione di questo desiderio. In primo luogo, è importante sottolineare che chi decide di sottoporsi a chirurgie affermative e/o terapie ormonali che alterano il sistema riproduttivo può andare incontro a limitazioni nella possibilità di avere figli biologici (Coleman et al., 2022). Nello studio di Defreyne e colleghi del 2020a le

barriere riportate dalle persone intervistate sono state “le presunte difficoltà nelle procedure di adozione di un’figliu non biologicu (41.3%), la paura che lu figliu sia discriminatu a causa del genitoru transgender (38%), essere discriminatu in quanto genitoru trans (32.6%), e il costo associato all’utilizzo dei propri gameti (32.6%)”. Risultati pressoché analoghi sono stati riscontrati in un’altra ricerca dellu medesim’ autoru che coinvolgeva persone AMAB (Defreyne et al., 2020b). Altre barriere alla genitorialità sono state individuate da diversu ricercatori: difficoltà finanziarie e difficoltà nell’accesso alle procedure di crioconservazione (Mattawanon et al., 2022); dover ritardare o interrompere la terapia ormonale e la disforia di genere causata legati alla preservazione della fertilità (Shwartz & Moravek, 2021).

Nel caso specifico delle persone non binarie, sebbene delle volte arrivare alla genitorialità dal punto di vista biologico possa sembrare più facile, è necessario tenere in considerazione le sfide psicosociali: Tasker e Gato in una ricerca del 2020 riportano l’esperienza esemplare di un’ partecipante al loro studio che, essendo una persona genderqueer AFAB in una relazione con una donna cisgender, considera più facile avere accesso all’adozione presentandosi come coppia di donne lesbiche ma non è soddisfattu dall’essere percepitu come donna. Si tratta a tutti gli effetti di un’invalidazione della sua identità di genere. In aggiunta, lo stesso studio riporta come i servizi di adozione e affido vengano percepiti come discriminanti nei confronti delle persone trans e non-binary. Nonostante la genitorialità biologica sia più facile per le persone non binarie, Mehra e collegu riportano in un recente studio del 2022 che sebbene il 44% dellu intervistatu (campione composto solo in minima parte da persone con identità di genere non-binary) non fosse interessato ad avere prole biologica, una buona parte ha espresso interesse nella preservazione dei gameti prima di sottoporsi a chirurgie affermative ai genitali: ciò indica come una fetta di questu partecipanti avesse in mente la possibilità di usare il proprio materiale genetico in futuro. È stata inoltre indagata da Fischer nel 2020 l’esperienza di persone non-binary che hanno intrapreso una gravidanza: i dati parlano di come sebbene il concepimento sia stato relativamente facile, le persone intervistate hanno riportato una serie di problematiche. Una prima questione è stata sicuramente cercare di

bilanciare le intenzioni riproduttive con il percorso di affermazione di genere, che ha visto alcune delle partecipanti ritardare ad esempio la cosiddetta “top surgery”, che consiste nella riduzione o nella rimozione del seno, nell’ottica di dover allattare le figlie. È stato inoltre evidenziato come le persone non-binary si trovino in difficoltà nel momento in cui si rivolgono alle strutture sanitarie, in quanto queste ultime basano il proprio lavoro su una visione poco inclusiva delle minoranze di genere: ciò si collega anche alla visione “genderata” della gravidanza, che considera questa condizione come unicamente femminile. Questa visione non è relegata solo alle strutture mediche ma si estende alla società tutta: ad esempio, una delle persone intervistate da Fischer nello studio precedentemente citato parla di come anche solo i vestiti adatti ad un corpo in gravidanza siano fortemente genderati.

Alla luce di quanto riportato, appare evidente la necessità di garantire alla popolazione non binaria la possibilità di raggiungere l’obiettivo della genitorialità. Si parla dunque offrire un’adeguata formazione alle operatori sanitarie che sia specifica rispetto alle esigenze della popolazione non-binary.

2.2 LEGISLAZIONE RELATIVA ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA E ACCESSO ALLA GENITORIALITÀ

La salute riproduttiva delle persone transgender e non binarie dovrebbe essere tutelata, così come ricordato dalle linee guida WPATH. Anche in questo caso Coleman e colleghi nel 2022 hanno fornito una serie di suggerimenti in merito, il cui focus è la tutela delle pazienti che si rivolgono ai servizi. È importante anche considerare che, sebbene alcune persone non binarie riescano ad accedere alla genitorialità biologica senza difficoltà, quella fetta di persone la cui fertilità viene intaccata per le motivazioni sopracitate sono costrette a ricorrere ad altre modalità per poter coronare il desiderio di genitorialità.

Una possibile casistica è la Procreazione Medicalmente Assistita, o PMA, un insieme di procedure di diversa tipologia finalizzate all’ottenimento di una gravidanza nei casi di infertilità (Zegers-

Hochschild et al., 2017). In Italia la Legge 40/2004 regola le procedure di PMA: si tratta di una legge che, seppur abbia visto dei cambiamenti nel corso degli anni, si rivela essere abbastanza restrittiva rispetto ad altre Leggi vigenti negli Stati europei. Alla luce della Sentenza della Corte Costituzionale 162/2014, è stata sancita la possibilità per chi ricorre a PMA di usufruire della fecondazione eterologa, ossia della donazione di gameti da parte di persone terze che rimangono anonime ed effettuano la donazione a titolo gratuito. La legge inoltre sottolinea come solo le coppie dello stesso sesso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile e viventi possano accedere a questo tipo di procedure, lasciando fuori dalla rosa di potenziali candidate le coppie omogenitoriali, le genitorie single che decidono di avere bambini senza un partner, e tutte quelle casistiche in cui uno o entrambi i partner sono transgender o non-binary. Da questo limite è originato un fenomeno chiamato “Assistenza Riproduttiva Transfrontaliera”, arrivato all’attenzione dello studioso già dal decennio scorso che si sono focalizzate su coppie e persone single italiane che sono migrate verso Stati che offrivano una migliore prospettiva in ottica riproduttiva (Zanini, 2011). Un’altra problematica che emerge da questa legge ha a che fare con l’impossibilità di ricorrere alla Gestazione Per Altri (GPA, conosciuta talvolta anche come “utero in affitto” sebbene questa dicitura sia stata criticata), divieto che limita ulteriormente il ventaglio di opzioni disponibili per le persone non binarie. Di conseguenza, appare chiaro come le norme vigenti in Italia non garantiscano alla popolazione oggetto del presente studio il diritto ad accedere alla procreazione medicalmente assistita, andando dunque a chiudere uno dei canali mediante i quali sarebbe potenzialmente possibile soddisfare il proprio desiderio di avere bambini che abbiano il materiale genetico della persona diretta interessata e/o dell’partner.

In aggiunta, per quanto concerne l’adozione, in Italia tale procedura è regolamentata dalla Legge 184 del 1983 e dalla Legge 149 del 2001. Anche in questo caso sono presenti evidenti lacune che impediscono alle persone transgender e non binarie di poter adottare un bambino, come ad esempio l’impossibilità di accedere a tale procedura a meno che i richiedenti siano coppie sposate

da almeno 3 anni. Di conseguenza chi non può o non vuole optare per questa forma di unione si ritrova tagliato fuori.

2.3 PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ

Intraprendere una terapia ormonale affermativa o sottoporsi a chirurgie affermative può andare a influire sulla fertilità delle persone transgender e non-binary: l'outcome può variare da una riduzione della fertilità stessa all'infertilità. L'infertilità è stata definita come “una malattia caratterizzata dalla mancata instaurazione di una gravidanza clinica dopo 12 mesi di rapporti sessuali regolari e non protetti, o a causa di un'alterazione della capacità riproduttiva della persona come individuo o con il proprio partner” (Zegers-Hochschild et al., 2017, p. 1795). Sebbene le linee guida WPATH enfatizzino l'importanza, da parte del personale sanitario, di discutere le procedure di preservazione della fertilità (PF) consolidate e sperimentali e il loro impatto psicologico con le pazienti transgender e non-binary, spesso ciò non accade. Si parla poi di “involuntary childlessness”, che possiamo tradurre come “ritrovarsi senza figli involontariamente”, quella condizione di chi non riesce ad avere prole per motivazioni mediche, che siano a loro note o meno (Gouni et al., 2022)

Non tutte le persone non binarie possono o vogliono intraprendere un percorso di affermazione di genere medicalizzato, dunque non tutte vanno incontro alla tematica della preservazione della fertilità. Coloro che decidono di sottoporsi a terapie ormonali affermative devono essere informate circa gli effetti che tali ormoni possono avere sulla propria fertilità (Coleman et al., 2022). Gli effetti sono stati ampiamente descritti in letteratura, e riassunti da Schwarts e Moravek nel 2021. Nello specifico, chi assume ormoni mascolinizzanti, dunque testosterone, dopo pochi mesi va incontro all'amenorrea, sebbene ciò non escluda la possibilità di una gravidanza. È importante dunque informare la persona che assume testosterone di questo rischio, alla luce del fatto che soprattutto le persone non-binary in giovane età sono meno informate su questioni relative alla fertilità se paragonate alle coetanee transgender (Cooper et al., 2022). Per quanto concerne le persone

non-binary AMAB che decidono di assumere ormoni femminilizzanti, tipicamente estradiolo e antiandrogeni, è stata riscontrata la soppressione della spermatogenesi (Schwatz e Moravek, 2021). Esistono diverse opzioni a disposizione delle persone transgender e non-binary per poter preservare la propria fertilità: in particolare, per le persone AMAB c'è la crioconservazione degli spermatozoi, del tessuto testicolare, delle cellule dello spermatogonio e il recupero degli spermatozoi di questi ultimi mediante la chirurgia; per quanto riguarda le persone AFAB, le possibilità riguardano la crioconservazione degli ovociti e degli embrioni, la maturazione in vitro degli ovociti (IVM) e la crioconservazione del tessuto ovarico (Baram et al., 2019). È importante sottolineare come alcuni di questi metodi non siano disponibili ovunque. La percentuale delle persone che hanno riscontrato difficoltà nell'accesso alle procedure di crioconservazione si aggira intorno al 41% nella ricerca di Mehra e colleghi del 2022. L'accesso a queste procedure di preservazione della fertilità può essere ostacolato dal fatto che per poterne usufruire è necessario un investimento economico non indifferente; inoltre, è possibile che le pazienti non-binary e transgender che si sottopongono a interventi affermativi e/o terapie ormonali abbiano fretta di iniziare questo iter o che lo inizino in giovane età, in un momento in cui danno priorità al percorso di affermazione di genere (e dunque alla terapia ormonale), e non sono in grado di orientare verso il futuro le decisioni prese; infine, non è raro che le operatrici sanitarie non forniscano informazioni adeguate (Baram et al., 2019; Defreyne et al., 2020a; Schwatz & Moravek, 2021). A differenza delle persone cisgender, quelle transgender e non-binary considerano l'essere biologicamente collegato alle figlie come meno importante; paragonando, poi, chi si sottopone a procedure di preservazione della fertilità a chi invece sceglie di non farlo, le prime danno una maggiore importanza al legame di sangue (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

C'è una costante all'interno della letteratura scientifica in merito alla PF di persone trans e non-binary: sono numerosissimi i casi in cui queste procedure non vengono neanche proposte dal personale sanitario. Nello studio di Riggs e Bartholomaeus del 2018, considerando le partecipanti che non avevano preservato la propria fertilità, meno di un quarto aveva ricevuto una consulenza

riguardo a questa opzione, nonostante l'essere informato su queste metodologie sia ritenuto importante. Su un campione di donne trans e persone non-binary, il 50% non ha ricevuto informazioni sulla preservazione della fertilità; inoltre, le persone non-binary hanno meno probabilità di ricevere questo tipo di informazioni. (Defreyne et al., 2020b). Altri studi riportano una casistica molto peggiore: si parla del 95.2% delle persone *gender diverse* (terminologia usata talvolta per intendere persone la cui identità di genere è diversa dalla dicotomia uomo/donna, dunque persone non-binary) che non hanno ricevuto informazioni sulle possibilità di preservare la propria fertilità, e del 20% che avrebbe effettivamente crioconservato se fosse stata offerta loro la possibilità di farlo (Mattawanon et al., 2022). È dunque evidente come la mancanza di sufficiente formazione da parte del personale sanitario con cui le persone non-binary si interfacciano e la mancanza di informazione su queste tematiche anche a livello di senso comune abbia effetti negativi sulle persone non-binary, che si ritrovano a non avere a disposizione gli strumenti necessari per poter affrontare con adeguata consapevolezza le questioni relative alla propria fertilità. Più in generale, le persone non binarie in primo luogo tendono a evitare l'assistenza sanitaria con lo scopo di preservare il proprio benessere emotivo (Norris & Borneskog, 2022), dato che enfatizza ancora una volta l'impellente necessità che i servizi sottopongano l'esperto di salute fisica e psicologica a formazioni costanti rispetto alle specifiche necessità della popolazione non cisgender.

CAPITOLO 3

METODOLOGIA DELLA RICERCA

3.1 OBIETTIVI

Il presente studio si inserisce all'interno di un progetto più ampio, "Identità di genere e genitorialità biologica in persone transgender e non-binary", coordinato dalla professoressa Marina Miscioscia del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova (Comitato Etico Area 17 – n.4756/2022).

La presente ricerca si è focalizzata unicamente sulle persone con identità di genere non binaria, alla luce delle specifiche caratteristiche di questa popolazione e della scarsità di letteratura sul tema in particolare nel nostro contesto sociale. Si è ritenuto necessario mettere a fuoco in maniera specifica le particolarità delle persone non binarie, con l'obiettivo di iniziare a dare rilevanza a questa popolazione a livello di ricerca e di analizzare il rapporto tra questa identità di genere e il concetto di genitorialità, ipotizzando che la ricerca possa portare alla luce elementi specifici, in parte diversi e non sovrapponibili all'esperienza delle persone transgender in questo ambito. C'è inoltre l'auspicio che negli anni a venire si veda un incremento di studi che sottolineino le caratteristiche uniche di questa popolazione. Questa necessità nasce anche dal fatto che, se si prende in considerazione solo il contesto italiano, il quantitativo di materiale presente in letteratura diminuisce ulteriormente.

In linea con il progetto principale, si sono indagati il desiderio e l'intenzione di genitorialità, mettendo in luce successivamente le sfide specifiche della genitorialità non-binary. Si è voluto approfondire anche l'aspetto legato alla preservazione della fertilità, per coloro che mostrano intenzione di intraprendere una terapia ormonale affermativa. L'accesso alla genitorialità biologica si rivela essere un percorso costellato da difficoltà e ostacoli del tutto peculiari; l'idea di un'eventuale gravidanza in rispondenti AFAB è stato un ulteriore aspetto su cui la presente ricerca si è focalizzata, e ci si è interrogate su come questo elemento si possa legare alla percezione della

propria identità di genere. Per coloro che hanno iniziato una terapia ormonale affermativa, si sono volute indagare considerazioni e possibili differenze tra un prima e un dopo l'assunzione di ormoni. La metodologia di ricerca adottata è stata di tipo qualitativo, alla luce della preziosità delle esperienze personali dellə partecipanti, esperienze di cui si è voluta sottolineare la peculiarità e la ricchezza dando maggiore rilevanza al singolo racconto. Si è cercato di enfatizzare le particolarità dei racconti ricorrendo ad interviste semi-strutturate, costruite in modo tale da catturare le specificità dellə singolə partecipante, favorendo la libera espressione.

3.2 PARTECIPANTI

La presente ricerca è stata condotta su un campione di 18 partecipanti di età compresa tra i 19 e i 35 anni. Solo 6 partecipanti hanno più di 26 anni, mentre i restanti 12 hanno un'età compresa tra i 19 e i 25 anni. Rispetto alla scolarizzazione, 8 partecipanti affermano di aver conseguito una laurea triennale, 7 partecipanti di essere in possesso del diploma della scuola secondaria di secondo grado, e 3 hanno raggiunto un grado di istruzione superiore. Per quanto riguarda l'occupazione, la maggioranza dellə partecipanti afferma di essere studentə o studentə-lavoratorə, 3 persone hanno indicato di essere lavoratə a tempo pieno, una persona lavoratə a tempo parziale, una persona disoccupata e una che ha indicato "altro". La condizione abitativa è varia e il campione si distribuisce abbastanza eterogeneamente. Inoltre 10 partecipanti affermano di essere in una relazione con almeno unə partner o di essere coniugatə; tra loro, solo una persona ha già avuto unə figliə. Rispetto all'identità di genere, la quasi totalità dellə intervistatə si definisce non-binary (una persona si definisce queer, una agender e una transmasc non-binary, identità che possono comunque essere assimilate sotto l'ombrello non-binary). L'orientamento sessuale, di contro, è molto più eterogeneo e il campione risulta così distribuito: 6 persone si definiscono pansessuali, 5 bisessuali, 2 asessuali, 1 questioning, 1 omosessuale, 1 queer, 1 bi oriented aroace e 1 fluido. A 13 intervistatə è stato assegnato il sesso femminile alla nascita, allə restanti 5 quello maschile. Solo una persona non ha intrapreso l'affermazione di genere dal punto di vista sociale, le restanti 17 l'hanno fatto almeno

in parte. Delle 4 partecipanti che hanno iniziato una terapia ormonale affermativa, 3 riferiscono di aver iniziato anche l'iter per la rettifica anagrafica. Infine, nessuna tra i partecipanti si è sottoposta a chirurgie affermative.

La ricerca si inserisce all'interno di un progetto approvato dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica, Area 17 dell'Università degli Studi di Padova (n.4756/2022) redatto in conformità alle norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea e alla Dichiarazione di Helsinki, e tutto lo ricercatore coinvolto durante il reclutamento delle partecipanti, la raccolta e la custodia dei dati rispondono al Codice Deontologico degli Psicologi.

Le partecipanti sono state reclutate tramite un annuncio pubblicato su diversi social network (Instagram, X, WhatsApp...), e i criteri d'inclusione che sono stati valutati durante il reclutamento comprendevano l'essere maggiorenni e l'avere un'identità di genere non binaria. Durante una prima fase le partecipanti hanno firmato un consenso informato che conteneva le informazioni relative allo scopo dello studio, i contatti dello ricercatore coinvolto e una lista di diritti di cui godevano in quanto partecipanti volontari. Tra questi, figurava la possibilità di ritirare il consenso in qualsiasi momento dello studio, elemento che è stato ricordato anche durante le interviste. Successivamente è stato somministrato loro un questionario online per la raccolta di dati relativi alla genitorialità e di informazioni demografiche. La fase finale ha previsto la conduzione di un'intervista semi-strutturata sul tema della genitorialità e del non binarismo, con un particolare focus sul desiderio, l'intenzione e le sfide caratteristiche. Una prima parte delle domande sono state proposte a tutte le partecipanti, alcune sono state invece presentate a seconda del sesso assegnato alla nascita e/o dell'aver intrapreso o meno una terapia ormonale affermativa. È stato ricordato alle intervistate la possibilità di non rispondere ad alcune domande, nel caso in cui percepissero disagio, sebbene nessuna abbia fatto ricorso a questa possibilità. Le interviste si sono svolte sulla piattaforma Zoom tra i mesi di Luglio e Dicembre 2023 e sono state registrate in forma audio e video. La durata delle interviste variava dai 20 minuti ai 50 minuti. Successivamente, tutte le interviste sono state trascritte

verbatim per poter essere analizzate. La struttura delle domande poste all'intervistato è stata la seguente:

1. Con che pronomi desidera che mi rivolga a lei?
2. Le chiedo di presentarsi un po': chi è, quanti anni ha, i suoi interessi...
3. Cosa significa per lei genitorialità? Pensi a 5 aggettivi o parole che descrivano per lei cosa è la genitorialità
4. Ha mai desiderato diventare genitore? Perché?
5. Ha progettato/ha intenzione di diventare genitore? Cosa l'ha portato a questo pensiero? Con chi? Come?
 - a. Nel caso, le chiedo di distinguere tra le riflessioni e valutazioni fatte prima e dopo/durante il percorso di affermazione di genere.
6. Se ne ha parlato con la famiglia, come ha reagito?
7. Ne ha parlato con lo partner?
8. In preparazione e durante il percorso di affermazione di genere, è stato informato rispetto all'impatto dei trattamenti ormonali sulla fertilità e le eventuali possibilità di preservazione della fertilità (ad esempio, criopreservazione dei gameti)? O opzioni di sospensione della terapia? Come?
9. Quando le sono state fornite queste informazioni? Che lei sappia, lo operatori sanitari che le ha parlato di preservazione della fertilità faceva riferimento a delle linee guida? Quali?
10. Come si sono posti lo operatori sanitari (medico, psicologo...) che l'hanno seguita nel percorso di affermazione di genere rispetto alla possibilità di preservazione della fertilità?
11. Come andrebbe presentato l'argomento?
12. Rispetto alla criopreservazione e all'ipotesi di preservare le strutture fisiche atte al concepimento, le chiedo di raccontare meglio la sua situazione e posizione rispetto a questo aspetto. In particolare,
 - a. Perché e come è arrivato a questa scelta?

- b. Quali dubbi/perplexità ha in merito?
 - c. (se ha criopreservato) com'è stata per lei questa esperienza?
 - d. (se ha intenzione di criopreservare) come si immagina gli effetti di tali procedure su di sé, sia dal punto di vista fisiologico che psicologico? E rispetto al suo rapporto con il proprio corpo e alla sua attribuzione di genere?
13. Ha mai desiderato o valutato di portare avanti una gravidanza? Nel caso, come si immagina in questa ipotesi?
- a. Le chiedo di distinguere tra le riflessioni e valutazioni fatte prima e dopo/durante il percorso di affermazione di genere
14. Come di prospetta l'effetto di un'eventuale gravidanza sul suo corpo? Come pensa cambierebbe il suo rapporto con il corpo e la sua immagine di se stesso? Pensa che questa esperienza possa scontrarsi con la sua attribuzione/ruolo di genere? Come?
15. Si prospetta delle difficoltà rispetto a tali modificazioni corporee e ormonali (fisiologiche e psicologiche)? In caso, quali?
16. Quali sono le sfide della genitorialità transgender, specificatamente non-binary?
17. Quali pensi che potrebbero essere le sfide di quest'eventuale scelta di genitorialità sulla figlia? E su di lei?
18. Come si immagina da qui a 10 anni?
19. Ci sono cose che le abbiamo chiesto che non sono state piacevoli o cose che secondo lei avremmo dovuto chiederle?

Durante la trascrizione i nomi e gli elementi identificativi dellə partecipanti sono stati sostituiti nel rispetto della loro privacy, per impedire che si potesse risalire alla loro identità. Infine, il materiale così ottenuto è stato analizzato mediante la Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006).

3.3 STRUMENTI

L'analisi delle interviste è stata condotta mediante la Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006), strumento usato spesso nelle ricerche in ambito sanitario (*health research*) e nelle ricerche concernenti la comunità transgender. Questa tipologia di analisi qualitativa permette di “rendere visibili i vari elementi che devono unirsi per un'analisi qualitativa di successo caratterizzata dall'integrità, ma anche a considerare come si connettono e si costruiscono l'uno sull'altro” (Braun & Clarke, 2022). Uno degli aspetti cardine dell'Analisi Tematica (AT) è l'enfasi sul punto di vista soggettivo di chi conduce la ricerca. Quanto la soggettività dellə ricercatorə debba entrare dentro al suo operato è un tema ampiamente discusso. In questo caso, si tratta di uno strumento prezioso più che di un elemento che necessita di essere eliminato (Gough & Madill, 2012). La riflessività dellə autorə risulta dunque fondamentale, ed è bene sottolineare come la conoscenza non possa prescindere dall'influenza di chi la produce e sarà dunque condizionata dal posizionamento personale, dall'esperienza e dalle assunzioni in merito all'argomento oggetto della ricerca (Bager-Charlson & McBeath, 2023). Lə ricercatorə deve avere ben chiaro il proprio posizionamento nei confronti dell'argomento del proprio studio per poter meglio comprendere come quest'ultimo si relaziona alla conoscenza che verrà prodotta. Le autrici del metodo parlano poi di come l'interpretazione e l'analisi dei dati possano essere considerati più deboli, dunque poco convincenti o superficiali, oppure più forti, ossia ricche, complesse e sfaccettate. L'analisi dei dati deve essere guidata dalle domande che lə ricercatorə si pone alla luce del proprio posizionamento, e i temi non sono categorie esistenti a priori nella mente di chi effettua l'analisi: essi sono “generati, creati o costruiti, non sono identificati, trovati, o scoperti” (Braun & Clarke, 2023, p. 3). Il focus è comunque sui pattern di significato comuni tra i casi analizzati. È importante sottolineare come la rilevanza di un tema non sia legata alla frequenza con cui lo si incontra nei vari trascritti analizzati, in quanto può capitare che degli aspetti rilevanti vengano generati a partire da una singola testimonianza. Più che sulla saturazione di un determinato tema, ci si focalizza sul potere informativo dello stesso.

L'Analisi Tematica si compone di 6 fasi, sebbene venga consigliato dalle autrici del metodo un muoversi più volte tra una fase e l'altra per revisionare il lavoro fatto e adattarlo alla costruzione dei temi. Le fasi dell'AT sono così costituite:

1. Familiarizzazione: prevede la lettura e ri-lettura dei trascritti, l'ascolto degli audio e la visione di eventuale materiale grafico per familiarizzare con i dati raccolti. Si differenzia dalla familiarizzazione che avviene durante la raccolta dei dati. In questa prima fase è importante evidenziare gli elementi che si ritengono particolarmente interessanti, alla luce di una futura e più approfondita esplorazione.
2. Generazione dei codici: in questa fase lo ricercatore, dopo una lettura approfondita, produce dei codici che vanno a identificare gli elementi che rispondono alle domande di ricerca. Il codice è uno strumento che cattura e descrive brevemente come e perché quei dati sono rilevanti. È importante codificare quanti più dati possibili, poiché verranno successivamente ricondotti a dei temi.
3. Generazione iniziale dei temi: i codici vengono successivamente sviluppati in possibili temi, si cercano elementi in comune e si accorpano quei codici che possono dar luce a temi significativi. È possibile che emergano anche dei sottotemi. Più che l'organizzazione dei dati in categorie, questa fase è incentrata sullo sviluppo di pattern significativi per la ricerca. È possibile che alcuni dei codici precedentemente individuati non rientrino entro un tema o sottotema, ed è raccomandato che vengano tenuti comunque in considerazione poiché potrebbero essere inclusi in una fase successiva.
4. Revisione e sviluppo dei temi: durante questa fase, lo ricercatore analizza i temi precedentemente presi in considerazione. Essi vengono dunque revisionati, accorpati o scorporati, in base alla rilevanza e al potere informativo che portano con sé. Questo lavoro può essere guidato dal chiedersi come un dato tema racconti la storia dei dati. È possibile che si costruiscano temi che nella fase precedente non erano stati considerati, di

conseguenza lo ricercatore provvederà a includere anche questi all'interno di una mappa che racchiuda tutta i temi e sottotemi.

5. Definizione e denominazione dei temi: a questo punto ogni tema viene descritto e denominato. Questo passaggio aiuta lo ricercatore a capire con che ordine presentare i vari temi e sottotemi: così facendo sarà possibile dare maggiore ordine a temi considerati particolarmente complessi o ricchi.
6. Produzione del rapporto: la fase conclusiva dell'AT prevede la produzione di un rapporto scritto che navighi tra estratti dei dati e commenti dello ricercatore. I dati verranno raccontati mediante i temi precedentemente costruiti, rispondendo alle domande di ricerca.

CAPITOLO 4

RISULTATI

4.1 NOTE INTRODUTTIVE

Uno degli aspetti caratterizzanti del presente studio è l'attenzione specifica su partecipanti con identità di genere non binaria. Durante le interviste, prima di porre loro una serie di domande incentrate sul tema della genitorialità, è stata richiesta una breve presentazione per poter comprendere più a fondo il loro vissuto. 3 partecipanti in particolare hanno fornito una propria definizione dell'etichetta non-binary e, più ampiamente, dell'identità di genere. Nel definire questo costrutto, si cerca di dare ampio respiro alla percezione personale, e il modo con cui viene concepito può aprire le porte a riflessioni interessanti. In particolare, le partecipanti AM12, AM13 e AM14 hanno fornito un punto di vista peculiare.

“Definisco il genere principalmente come un'estetica, un grande gioco che facciamo con la gente” (AM12)

“Mi identifico come agender, cioè non... per me personalmente, non mi sento, diciamo, di appartenere a nessuna... diciamo, etichetta di genere, soprattutto quando penso a me stessa diciamo al di fuori dalle interazioni sociali” (AM13)

Si può quindi parlare di genere al di fuori delle interazioni sociali? Il genere appare dunque un costrutto legato alla presenza di un'altra persona con cui si interagisce o si mette in atto un “grande gioco”. Un altro elemento che emerge da queste interviste ha a che fare con l'esistenza stessa del genere. Anche in questo caso, le opinioni sono varie. Nel caso di AM14, ad esempio, il genere non esiste.

“Ehm, diciamo che per me l'identità di genere è più una cosa che non sento. Cioè, non mi direi neanche agender, anche se magari in passato mi sono definita diversamente, ma arrivando sempre a una maggiore comprensione di quella che è la mia identità di genere, mi rendo conto che non ha molto senso per me provare a definirla con un'etichetta, perché sarebbe come dare un'etichetta a qualcosa che sento che non c'è.” (AM14)

AM14 racconta l'identità di genere come qualcosa che sente non esserci. Rispetto all'interazione con altre persone, parla invece di espressione di genere:

“Per quanto riguarda invece, magari, l'espressione di genere, è un qualcosa che posso usare per muovermi nel mondo. [...] Per me l'espressione di genere è solo un altro modo in cui io posso farmi percepire dagli altri in un determinato modo.” (AM14)

4.2 SINTESI DEI TEMI GENERATI DALL'ANALISI TEMATICA

L'obiettivo della presente ricerca è indagare il desiderio e l'intenzione di genitorialità in persone non-binary, con un'attenzione particolare alle sfide che le partecipanti immaginano possano presentarsi durante questo percorso. L'analisi tematica delle interviste semi-strutturate ha generato 6 temi principali, incentrati sull'opinione delle intervistate rispetto alla genitorialità in generale, alla gravidanza, alle sfide e risorse della genitorialità non binaria, al legame tra TOA e fertilità e all'invisibilizzazione. Ogni singolo tema principale è stato successivamente suddiviso in 2 o 3 sottotemi, per un totale di 15 sottotemi, per meglio catturare ed enfatizzare quanto raccontato durante le interviste. La struttura è di seguito illustrata:

Tabella 4.1: Temi e sottotemi generati dall'AT

<p>1. Sguardi differenti: le diverse prospettive rispetto alla genitorialità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genitorè ai miei occhi: sulla famiglia e sul concetto di genitorialità • Se le mio partner lo desiderasse: negoziare la genitorialità • Genitorè ai loro occhi: aspettative intergenerazionali e sociali rispetto alla genitorialità
<p>2. La visione del corpo in gravidanza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dall'ansia alla fobia • Il legame tra disforia e gravidanza

<p>3. L'associazione tra gravidanza e femminilità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le diverse prospettive rispetto alla femminilità e alla gestazione • Gravidanza e identità di genere
<p>4. Sfide e risorse della genitorialità non-binary</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il mondo intorno a me: precarietà e visione tradizionale della famiglia • “Non è un problema del mio specchio” • Oltre il binarismo: nuove concezioni e socializzazione della prole
<p>5. Il legame tra fertilità e terapia ormonale affermativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Poi, informata è un'altra cosa”: la preservazione della fertilità • Limiti della crioconservazione dei gameti
<p>6. Essere visti, essere invisibilizzati e necessità di invisibilizzarsi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di rappresentazione per le persone non-binary: dalla legislazione alla vita quotidiana • L'occhio dell'altro: rapportarsi con la società e con le persone che ci circondano • Psicologhe, infermiere e mediche: il rapporto col personale socio-sanitario

4.3 SGUARDI DIFFERENTI: LE DIVERSE PROSPETTIVE RISPETTO ALLA GENITORIALITÀ

Il primo tema generato dall'analisi delle interviste ha a che fare con il concetto di genitorialità inteso in senso ampio. Sono state individuate diverse posizioni nei confronti della filiazione e delle varie modalità mediante le quali è possibile avere un'e figli.

In primo luogo è interessante sottolineare cosa voglia dire per le rispondenti “genitorialità”. Dal racconto di diverse partecipanti emerge come la genitorialità sia intesa in termini di cura, di dare qualcosa. AM03 la intende non solo come l’averne un figlio, ma anche come crescerlo. AM01 sottolinea come la genitorialità porti con sé la consapevolezza di avere a che fare con un’altra persona, diversa da noi.

“Non è solamente il “ho un figlio lo devo crescere”, che è proprio accettare di avere in mano diciamo non solo la vita ma tutto quello che è un’altra persona e volerlo, e accettare di crescere e di aiutarlo a vivere in questo mondo, è una cosa molto più completa del semplicemente “ho un bambino, una bambina” (AM01)

La genitorialità è anche stata associata al concetto di “onore” da AM14. Si tratta di una visione molto positiva, che sottolinea ancora una volta degli elementi in più rispetto al solo prendersi cura di un’altra persona.

Secondo me è un onore essere una guida appunto per qualcuno, provare a... accompagnarlo nella maniera più comunque... Positiva e rispettosa anche dell'identità di quella persona e delle sue tendenze.” (AM14)

Un altro punto di vista che è emerso dai racconti vede la genitorialità in un’ottica di continuità con la vita di coppia, “un prosieguo familiare” come nel caso di AM04.

“Per me in questo momento, se devo pensarlo tradotto per me, è un sentire che... in parte è, come dire, sento naturale nella relazione con la mia partner, un prosieguo familiare, come dire per chiudere, mi sento già in famiglia con lei però nella mia testa, il mio desiderio di genitorialità è come dire “bene, siamo noi, ma vorrei lasciare qualcos’altro per il futuro, una persona da crescere a cui lasciare anche un po’ quello che sono io, in un certo senso in futuro”.” (AM04)

Riguardo a un’effettiva progettualità rispetto alla genitorialità, diverse partecipanti raccontano di come ai loro occhi si tratti di un progetto lontano nel tempo. AM02, AM03 e AM07 riferiscono di

essere ancora molto giovani e dunque di non sentire la necessità di realizzare il loro desiderio di genitorialità. Il pensiero di AM05 è in accordo con quanto riferito dall'altre partecipanti.

“Non ho mai avuto grandissimi dubbi in merito, nel senso che ho sempre avuto abbastanza voglia o comunque mi son sempre rivista abbastanza nella possibilità di avere figli in futuro.” (AM05)

In questo caso, è evidente come il desiderio di avere un'figlia sia presente nella persona da prima, elemento che emerge anche da altri racconti, come quello di AM09 e AM12. La partecipante AM13 descrive come il desiderio di genitorialità sperimentato in età più giovane si è modificato durante la crescita. Nel suo caso è andato a scemare.

Proseguendo, se da una parte un certo numero di rispondenti si è dimostrato favorevole all'idea di diventare genitore, dall'altra è emerso anche il desiderio contrario: in particolare, più della metà dell'altre partecipanti hanno affermato di volere almeno un'figliuola, 6 hanno riferito di non avere alcun desiderio di genitorialità e 2 hanno raccontato di non essere sicure. Un elemento in comune tra chi ha raccontato di non voler figli potrebbe essere l'aver associato la genitorialità a un senso di responsabilità, come raccontato da AM11.

“Non mi è mai venuto in generale il... come dire, il bisogno, in un certo senso, anche perché vorrei poter, ceh, è un appunto, è una responsabilità che finora non mi è mai capitato di sentirmi di poter prendere.” (AM11)

Un altro elemento che concorre con l'assenza di desiderio di genitorialità ha a che fare con l'aver evidenziato non solo i lati positivi di crescere e prendersi cura di una persona ma anche i sacrifici che vengono richiesti all'genitore. È il caso di AM13, che racconta come ai suoi occhi non valga la pena affrontare i sacrifici e le privazioni che incontrerebbe se decidesse di percorrere la strada della gravidanza. Rispetto invece ad altre modalità di filiazione, i pareri dell'altre partecipanti variano. Una scelta ricorrente è quella di optare per l'adozione, considerata da alcune *“una modalità più etica”*. L'adozione è associata anche all'aiuto di qualcuna, in questo caso di un'figliuola, che si trova in una situazione di difficoltà o bisogno, come raccontano anche AM01 e AM17.

“È una questione ideologica per me... ecco diciamo che di base penso che ci siano tanti bambini che abbiano bisogno di una casa e mi sembra, come dire, inutile mettere al mondo nuove persone che magari potrebbero avere difficoltà quando posso aiutare qualcuno che già esiste.” (AM17)

Un altro elemento particolare riguarda la tematica delle negoziazioni, tematica emersa sia in relazione alla modalità di filiazione preferita dallø partecipanti che rispetto alla ipotetica futura prole. Per esempio, AM05 racconta di non avere preferenze tra un'adozione e una gravidanza, sottolineando il ruolo dellø partner che avrà nel momento in cui deciderà di avere unø bambino. Anche AM01 spiega che, sebbene non sia entusiasta all'idea di portare avanti una gravidanza, sarebbe dispostø a farlo se lø futurø partner lo desiderasse.

“Diciamo che da un lato abbiamo entrambi un forte desiderio di avere un figlio naturale tra virgolette, però allo stesso tempo soprattutto tempo fa avevamo tanto considerato l'adozione per evitare una gravidanza.” (AM04)

Anche nel caso di AM04 la modalità di filiazione viene negoziata e subordinata ad una scelta presa di comune accordo con la partner. Proseguendo, dal racconto di AM12 si evince come ai suoi occhi uno degli elementi centrali sia la flessibilità dellø genitorø, che deve sapersi adattare ai bisogni e alle necessità della prole. Questo aspetto di negoziazione di vari elementi della propria vita mettendo al centro lø figliø appare anche nella testimonianza di AM14, che parla di *“creazione di un futuro individuo”* nella misura in cui spetta allø genitorø fornire a questa nuova persona gli strumenti necessari per riconoscere la sua individualità, intorno alla quale løi come genitorø dovrø formarsi, per poter offrire allø bambino le possibilità migliori.

“Credo che quando arriverà il momento di decidere “ok, abbiamo un figlio, una figlia, unø figlia”, arriveremo io e qualsiasi persona con cui lo voglio fare, persona o persone, a chiarire esattamente i confini, per permettere a questa persona che nascerà di avere tutto il supporto di cui ha bisogno. E credo che questa sia la cosa più importante.” (AM12)

È stato chiesto alle partecipanti se avessero condiviso le proprie idee, intenzioni e aspettative nei confronti della genitorialità con la propria famiglia di origine. Le risposte si sono rivelate diverse tra loro, andando da chi afferma di avere solo accennato se non taciuto il proprio punto di vista, fino ad arrivare a chi ne ha apertamente discusso. Le risposte ottenute, anche in questo caso, appaiono particolarmente eterogenee. Un'esperienza condivisa da AM01, AM13 e AM14 riguarda l'interfacciarsi con una famiglia che difficilmente immagina una modalità di filiazione diversa dalla gravidanza.

“I miei genitori sono molto tradizionali da quel punto di vista, quindi penso che farebbero fatica a capire... una cosa che non sia naturale.” (AM13)

Delle volte, sebbene l'intervistata abbia già espresso il proprio desiderio di genitorialità collegato a modalità diverse dal concepimento, come ad esempio l'adozione, non viene ascoltata dai propri genitori.

“Mio padre ha sempre... Un po' per come ha fatto lui, ignora semplicemente quello che gli dico, quindi ha sempre dato per scontato che io farò figli naturali ogni volta che gli dico che no, io voglio adottare, è come una scoperta nuova per lui.” (AM14)

Le aspettative delle famiglie d'origine nei confronti delle rispondenti sono state diverse. Nel caso di AM16 e AM18, per esempio, non è emersa nessuna pressione o aspettativa particolare nei loro confronti. Diverso è il caso di AM17, che non ha parlato molto con la sua famiglia del suo desiderio di genitorialità, in quanto le posizioni di quest'ultima dopo aver iniziato la terapia ormonale si sono rivelate poco aperte a possibilità di filiazione altre dalla gravidanza.

“Da quando ho iniziato la transizione loro hanno come dire, come manifestato una sorta di rassegnazione verso il fatto che possa essere un genitore come se appunto io non potessi adottare o non potessi scegliere un altro modo per appunto diventare genitore. Posso dire che prima della transizione quando appunto c'era quella pressione sociale che mi si cercava di convincere riguardo la gravidanza...” (AM17)

6 partecipanti hanno raccontato di come la propria famiglia di origine abbia delle aspettative legate a una visione del ciclo di vita che prevede, dopo l'essersi fidanzatə o sposatə, l'arrivo di unə bambinə. AM04 riferisce come i suoceri abbiano chiesto "un nipotino" dopo il matrimonio con la sua partner, mentre AM06 racconta che secondo la propria madre non avere figliə equivale ad aver sprecato la propria vita. Uno degli aspetti che accomuna le diverse esperienze ha a che fare con il considerare il concepimento e la gravidanza come modalità di filiazione auspicabili e normative, se non addirittura come uniche soluzioni possibili. Il rapporto con la famiglia d'origine sembra anche essere legato a come lə partecipante si pone nel momento in cui deve affrontare la tematica della genitorialità. In alcuni casi, come per esempio per AM15, la famiglia d'origine non solo non è a conoscenza delle sue idee e del suo modo di porsi nei confronti della possibilità di avere unə bambinə, ma non avendo con essa un legame positivo, non la immagina come parte della vita della propria prole.

"La mia famiglia di origine non sa niente di nulla, nel senso che non sono mai stati un punto di... riferimento, non sono mai stati parte della mia rete di aiuto, della mia rete di confidenza e quindi, ti dico la verità, non ne sanno niente. Infatti non mi sono mai vista neanche in un futuro in cui i miei bambini abbiano una connessione troppo grande con quella che è la mia famiglia." (AM15)

AM05, partecipante a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita, porta una riflessione particolarmente interessante. Riferisce di non aver mai parlato di genitorialità a casa, poiché questi discorsi "spesso non vengono fatti a chi ha una fenotipia maschile", aggiungendo "sicuramente c'è un certo modello che posso vedermi cucito addosso". Quanto riferito trova un'ulteriore conferma nel fatto che spesso lə intervistatə che hanno riportato di sentire pressioni da parte della propria famiglia, o che si sono trovatə davanti a una tipologia di ragionamento che dava per scontato il concepimento come unica modalità di filiazione, sono statə assegnatə femmine alla nascita. Sembra infatti che le famiglie d'origine tendano a dare maggiore importanza al legame biologico con la prole, elemento che di contro non risulta essere fondamentale agli occhi di alcunə intervistatə. È

emerso infine un aspetto particolarmente interessante dalle interviste condotte con AM14 e AM15: ambedue le partecipanti hanno sottolineato il loro essere persone “materne”, inteso non come elemento prettamente femminile, ma come più legato all’aspetto del prendersi cura di altre persone. Ai loro occhi si tratta di un’ulteriore risorsa se considerata entro il tema della genitorialità.

“Proprio, arrivare a, non lo so fra dieci anni, e avere 1 o 2 piccolini che sono proprio miei e che io posso portare avanti nella vita, avere due persone che posso dire che sono uscite dalla mia cura e che stanno bene” (AM15)

4.4 LA VISIONE DEL CORPO IN GRAVIDANZA

Il secondo tema individuato ha a che fare con l’associazione tra gravidanza e sentimenti negativi. In particolare, dai racconti delle intervistate sono emersi sentimenti di ansia e paura relativi alla gestazione, al corpo che cambia per far crescere al proprio interno una bambina. Si tratta di un tema particolarmente saliente all’interno del racconto di 9 partecipanti a cui è stato assegnato il genere femminile alla nascita. Hanno riportato sentimenti negativi in relazione all’idea di una gravidanza, sia riferita a sé che a persone terze. I sentimenti riportati variano a livello di intensità e tipologia, andando da un vissuto di ansia a una vera e propria fobia.

“In generale anche da piccolo quando non avevo la percezione del genere, il fatto di dover partorire è una cosa che mi spaventa molto, il fatto di... non solo partorire, anche per 9 mesi il fatto di avere qualcuno dentro al tuo corpo, mi fa molta paura. E poi il fatto tipo quando ero piccolo c’era una mia vicina di casa incinta, e tutti dicevano “oddio ma posso toccarti la pancia? Posso sentire il bambino che si muove?” e invece a me faceva senso, non voglio vedere la tua pancia, non voglio toccarla, no!” (AM06)

Nel caso di AM06 è possibile notare come la paura sia un elemento presente nella persona sin da una giovane età. Si potrebbe parlare, in un certo senso, di una sorta di repulsione nei confronti di un corpo in gravidanza. È possibile che emerga uno stato di vera e propria ansia al pensiero di

affrontarne una, come riferito da AM09 nel momento in cui racconta che sì, vorrebbe unə figliə, ma l'idea di portarlo in grembo lə causa disagio:

“L'unica cosa è che preferirei quasi che fosse la mia partner a fare il primo figlio o nel caso in cui c'è ne fosse un secondo perché ho molta ansia riguardo alla gravidanza, cioè vorrei un figlio, cioè vorrei partorirlo ma vorrei farlo nascere così...dato che non è fattibile (ride)... la gravidanza mi spaventa perché mi fa ansia tutto nella vita quindi il fatto tipo di sentirsi male... queste cose qui...” (AM09)

Lə partecipante racconta di come vorrebbe partorire ma al contempo è spaventatə all'idea di sentirsi male durante la gestazione. Preferirebbe dunque che fosse la sua partner a dare alla luce lə primə figliə. Racconta inoltre come non sia molto informatə sulle diverse modalità di filiazione, e aggiunge come non vorrebbe che la sua paura ostacoli la possibilità di avere unə figliə:

“Non mi voglio precludere la possibilità di fare un figlio cioè anche ipoteticamente se la mia partner che ha tre anni in più di me e insomma per suoi problemi di salute magari dovesse non essere in grado di avere... [...] cioè non voglio che una mia paura... perché magari io soffro tantissimo cioè a me l'idea tipo di avere la nausea, sclero cioè veramente io la nausea cioè è come se fosse una fobia non so bene come definirla ma piango, tremo cioè ho delle crisi assurde quindi quando la gente mi dice “ah io ho avuto nove mesi di nausea” sinceramente mi prende male, però allo stesso tempo non vorrei che un qualcosa del genere mi ostacolasse nel crearmi una famiglia quindi non è una cosa che escludo” (AM09)

AM11 ha sottolineato come spesso non si parli abbastanza degli aspetti negativi della gravidanza e del post partum, raccontando come l'essersi informatə su questi aspetti abbia aumentato il proprio senso di timore. Il racconto di un altrə partecipante, AM14, segue la medesima linea di pensiero. Riporta infatti un sentimento di paura legato sia alle controindicazioni che al parto.

“Cambiamenti fisici... mi hanno spaventato, ma mai quanto magari le controindicazioni della gravidanza e di ciò che potrebbe andare storto. In particolare il parto è un'esperienza che onestamente non voglio vivere.” (AM14)

I sentimenti negativi non derivano unicamente dall'idea che qualcosa potrebbe andare storto. Come detto da AM13, talvolta sono le normali e tipiche modificazioni del corpo gestante a destare addirittura "schifo". Non è dunque un sentimento legato a una visione che si potrebbe definire pessimistica di chi immagina il peggio, ma di emozioni che talvolta possono emergere ad esempio alla sola vista di un video.

“Però comunque in generale l'idea della gravidanza mi schifa, in qualche modo mi fa venire i brividi diciamo perché anche per esempio... avevo visto in un video del modo in cui gli organi umani si spostano con il crescere del bambino e quella è una cosa che mi ha... eugh, proprio diciamo mi ha fatto rabbrivire” (AM13)

A questa tipologia di emozione si lega il forte desiderio di non affrontare una gravidanza, definita da AM18 addirittura come "incubo". A questo punto il campione si divide tra chi preferirebbe ricorrere ad altre metodologie come l'adozione e l'affido, e chi invece non desidera avere figli.

Un altro elemento cardine che porta le rispondenti a un atteggiamento di rifiuto nei confronti della gestazione ha a che fare con la disforia di genere. Sebbene questo elemento non emerga in modo uniforme dai racconti di tutte le partecipanti, alcune di loro hanno raccontato di come l'idea di portare avanti una gravidanza sia associata anche a questo tipo di sentimento. L'opinione spazia da un generale senso di disforia verso il proprio corpo, come raccontato da AM03, a un sentimento più specifico indirizzato verso la pancia o il seno. AM06 immagina, ad esempio, di come la crescita del seno durante la gravidanza possa impattare sul suo benessere, e racconta che l'idea di un ingrossamento del seno gli causa disforia, aggiungendo che farebbe fatica a nascondere un seno più grande. Alla domanda su come si immagina l'impatto di una eventuale gravidanza sulla propria immagine corporea, AM10 risponde che la sua percezione di sé a livello corporeo peggiorerebbe.

“Secondo me peggiorerebbe. Nel senso che appunto come dicevo mi creerebbe disforia. Mi vedrei male, cioè nel senso non mi piacerebbe avere proprio la pancia, poi aumenterebbe anche il seno se non sbaglio, quindi quello è proprio... una cosa che mi dà super disforia e

quindi diciamo un peggioramento generale con il rapporto che ho con il mio corpo.”

(AM10)

Nel caso di partecipanti che hanno intrapreso una terapia ormonale affermativa, è stato loro chiesto un confronto tra le idee fatte prima e dopo aver iniziato ad assumere ormoni. AM17 ha raccontato che prima di iniziare questo percorso aveva dei sentimenti particolarmente negativi nei confronti della gravidanza.

“Eh sì diciamo che era un sentimento, in realtà di pura repulsione, perché appunto tutti si aspettavano che io avessi proprio un mio figlio naturale, nato proprio dal mio grembo e questo, soltanto il pensiero di tutto questo, mi portava una forte disforia” (AM17)

Quando gli è stato chiesto se questa idea si sia modificata dopo aver iniziato la terapia ormonale affermativa, ha risposto in maniera negativa.

“No, le motivazioni sono sempre le stesse solo che appunto adesso riesco a dargli un nome, nel senso che prima della transizione o comunque prima che io capissi chi sono, non sapevo che quella repulsione fosse dovuta alla disforia e semplicemente adesso lo so, quindi appunto il fatto che non mi sentirei più nel mio corpo nel caso dovessi affrontare una gravidanza...” (AM17)

In questo caso, dunque, la persona ha mantenuto quella sfera di sentimenti negativi relativi al proprio corpo se immaginato in gravidanza. Col il passare del tempo ha però imparato a dare un nome al suo sentire. Non per tutti i partecipanti la gravidanza è associata alla disforia corporea. È il caso, per esempio, di AM13 che racconta come la disforia che percepisce è più sociale che corporea, quindi legata non alla percezione del proprio corpo ma alla percezione da parte delle altre persone. Questo sentimento si unisce allo “schifo” di cui ha raccontato precedentemente, di conseguenza emergono due elementi, uno attinente alla sfera corporea non collegato alla propria identità di genere, e uno che si rifà alla percezione sociale, influenzato molto dall’essere una persona non-binary.

“[...] la mia disforia è più legata a... alla percezione sociale, nel senso che non è legata tanto al mio corpo, ma più alla percezione che le persone hanno di me.” (AM13)

4.5 L'ASSOCIAZIONE TRA GRAVIDANZA E FEMMINILITÀ

Il terzo tema che è stato individuato ha a che fare con l'associazione della gravidanza alla femminilità. Questa corrispondenza, o talvolta non-corrispondenza, è emersa dal racconto delle partecipanti in maniera peculiare.

Rispetto all'associazione tra femminilità e gestazione, l'opinione di 7 rispondenti sembra propendere verso il timore che questo tipo di binomio possa impattare negativamente sulla loro identità di genere. AM03 racconta di come, se dovesse portare avanti una gravidanza, proverebbe disagio poiché questa esperienza la ricorderebbe che ha un corpo femminile. Allarga poi la sua riflessione includendo le reazioni delle persone sconosciute con cui potrebbe interfacciarsi, le quali faticherebbero a capire che non è una donna. Si tratta dunque di un'associazione che le partecipanti immaginano venga fatta da un'ipotetica persona che, per esempio, la incontra per strada, come raccontato da AM01.

“Nel senso se adesso posso ancora ancora passare in un certo senso comunque, sentirmi a mio agio nel mio corpo girando per strada perché le persone mi guardano e dicono “boh”, magari gli viene un attimo di dubbio, “qual è il suo genere, quali sono...” eccetera eccetera, se dovessi mai avere una gravidanza ce li sarebbe proprio un “sì è una donna”, quindi penso che sarebbe una cosa a livello sociale che mi disturberebbe v- molto.” (AM01)

Anche AM09 esprime la medesima perplessità. Associare la visione del pancione a un'identità di genere femminile è la norma all'interno della nostra società ed è possibile inserire questo tipo di associazione all'interno di una concezione binaria e cisnormata. In altre parole, la cisnormatività ha a che fare con l'idea che essere cisgender, ossia non essere transgender né non-binary, sia la norma. Riguarda il dare per scontato che le persone davanti a noi siano cis. AM09 esprime questo concetto in modo diretto e crudo.

“Quando inizia a vedersi la pancia la gente ignora come sei vestita... cioè se hai la pancia sei una donna non gliene frega un cazzo se tu dici di essere una persona non binary... cioè no non gli viene neanche in mente” (AM09)

All'interno di questa visione del mondo che ci circonda, l'ipotesi di portare avanti una gravidanza preclude la possibilità di presentarsi all'esterno in maniera più maschile o androgina. La presentazione di genere ha proprio a che fare con la possibilità di presentarsi al mondo in modi diversi, indossando magari un determinato tipo di vestiario. AM09 racconta di come ami indossare indumenti oversize, dall'aspetto più tipicamente maschile. La presenza del pancione però andrebbe a vanificare il tentativo di avere una presentazione di questo tipo. Il medesimo concetto è espresso anche da AM13, che sottolinea ancora una volta come il corpo gestante sia percepito come femminile a prescindere dal modo con cui si presenta.

“Se rimanessi incinta la possibilità di presentarmi in modo maschile sarebbe impossibile perché una persona vede una persona incinta, dice “quella è una donna perché è incinta e gli uomini non possono rimanere incinti”. Quindi diciamo che mi priverebbe della possibilità di esprimermi in modo più maschile.” (AM13)

Per AM07 sembra essere rilevante anche il tipo di spazio che si frequenta. Racconta infatti di frequentare spesso una tipologia di ambiente dove ha potuto esprimersi in modo androgino o mascolino, e teme che la presenza di una gravidanza possa vanificare lo sforzo fatto.

“Se riesco a immaginarmi che vado in un gruppo di ingegneri e sto portando avanti la gravidanza, sento quasi che tutto il mio lavoro di passare in un certo senso come il mio genere scelto, verrebbe invalidato totalmente proprio da un aspetto fisico o dalla conoscenza che ah, ok, sta portando avanti una gravidanza.[...] Io sento che la concezione di... ceh, di spazi molto maschili sarebbero molto responsivi in maniera negativa rispetto a questo tipo di cosa o comunque negativa per come la percepisco io sicuramente” (AM07)

Alla visione che prevede una totale corrispondenza tra gravidanza e femminilità da parte del nostro contesto culturale, si contrappone invece il legame tra gestazione e identità di genere proposto da 6

partecipanti. Si tratta di un punto di vista che si potrebbe definire quasi opposto, poiché ai loro occhi questa associazione sembra sparire per dare spazio a una concezione più ampia e variegata. L'idea di essere misgenderata, ossia di essere percepita con un genere diverso dal proprio, e trattata di conseguenza, pare essere rilegata all'interazione con persone non appartenenti alla comunità LGBTQIA+ o comunque a persone non informate rispetto alle tematiche oggetto della presente tesi.

“Immagino che quando avrò il pancione mi potrò scordare proprio l'idea di essere vista e concepita come persona non binary se non da persone non binary o comunque transgender, persone queer all'interno della comunità che però siano informate” (AM09)

Un pensiero molto simile è stato formulato da AM03.

“Ovviamente confido che anche se avessi un pancione di 9 mesi adesso, le persone che conosco bene rispetterebbero la mia identità di genere e saprebbero benissimo che non cambia per il fatto che sono incinta” (AM03)

La fiducia che le persone care, amiche e compagni queer rispettino l'identità di genere della persona in gravidanza non è condivisa da tutte le partecipanti. AM11 riferisce infatti un po' di perplessità in merito.

“C'era una domanda sul questionario in cui dicevano che se fossi in gravidanza pensi che rispetterebbero la tua identità di genere? Penso di no. Penso che appunto anche questo mi metterebbe a disagio, perché una cosa è saperlo io e pur essendo una persona molto riservata e pur avendolo detto a molte poche persone, ehm... come dire, sarebbe... probabilmente cambierebbero idea, anche se, gliene ho già parlato. Ecco, userebbero pronomi femminili.” (AM11)

Emerge successivamente la necessità di far sì che il rispetto per l'autodeterminazione della persona venga espanso anche a chi non si ritrova a vivere questa esperienza in prima persona, dunque a persone esterne alla comunità transgender e non binaria. Ad esempio, AM15 sottolinea la necessità di una destigmatizzazione del corpo in gravidanza.

“Anche qua ti ripeto secondo me chiunque può rimanere incinta, o incinto, o incintə, o gravidə, ceh proprio se qualcuno ha la possibilità e il desiderio di farlo... [...] Il fatto di vedere chi porta il bambino in pancia, come la madre, come la donna, è una concezione che dovrebbe piano piano venire destigmatizzata e ogni persona dovrebbe essere capace di prendere la decisione per sé e non... regardless di quello che il resto della società nel vederli, possono pensare.” (AM15)

La linea di pensiero che vede la gravidanza come slegata da una specifica identità di genere si palesa anche nelle parole di AM10.

“Non penso che ci sia un ruolo di genere “apposito” tra virgolette per chi affronta una gravidanza, e... ceh, penso che chiunque abbia un corpo che può affrontare una gravidanza può appunto farlo, anche se... ovviamente se lo vuole” (AM10)

Questa idea va di pari passo con una visione alternativa alla cisnormatività. Infatti, le intervistate sembrano non condividere l’associazione tra la gravidanza e il genere femminile. A differenza delle interazioni sociali sopracitate, la reazione di alcune partecipanti all’ipotetica visione di una persona non binaria gestante è diametralmente opposta.

“Per me il fatto che un ragazzo transgender che sia binario o non binario abbia la volontà di entrare in gravidanza, abbia questo desiderio cioè non preclude il fatto che sia un ragazzo, un ragazzo T, un ragazzo non binary...” (AM18)

AM18 aggiunge, in seguito, una riflessione sul fatto che diverse persone AFAB non prendano in considerazione l’idea di portare avanti una gravidanza.

“La gravidanza è qualcosa di molto connesso alla sfera della femminilità, si vede come qualcosa di prettamente femminile quando assolutamente no, cioè penso proprio che non dovrebbe, cioè non dovrebbe incidere così e anzi lo trovo ingiusto, il fatto che magari molte persone, molte ragazzi transgender non la prendano in considerazione come aspetto anche se magari ne provano il desiderio” (AM18)

Quindi, se da una parte la società cisnormata associa in automatico il pancione al genere femminile, lo stesso non si può dire di chi invece vede la gravidanza come un elemento slegato da un'identità di genere specifica. Di conseguenza, non sarà la gravidanza a rendere quella persona una donna, ma sarà la persona stessa ad autodeterminarsi; chi si interfaccia con questa persona sarà portato a rispettare la sua identità di genere, a prescindere da modificazioni corporee più o meno evidenti che suggeriscono un'ipotetica gravidanza.

4.6 SFIDE E RISORSE DELLA GENITORIALITÀ NON-BINARY

Il quarto tema che è stato creato riguarda le sfide e le risorse della genitorialità non binaria. È stato possibile individuare degli elementi che possono ostacolare la possibilità di accedere alla genitorialità, ma anche delle idee diverse e peculiari che possono fungere da elementi di protezione o che in generale possono portare ad outcome positivi.

Un elemento che accomuna l'esperienza di alcune partecipanti è l'attenzione al mondo in cui ci troviamo. 10 rispondenti hanno sottolineato la precarietà che lo caratterizza e che inevitabilmente influenza anche la propria vita, così come la conseguente stabilità necessaria per poter crescere un figlio. Questa precarietà assume diverse forme: è il caso, ad esempio, della precarietà economica che deriva dal non avere certezze rispetto al proprio futuro lavorativo, dunque non essere sicuri di poter mantenere un eventuale bambino. Ne hanno parlato AM01, AM04, AM07 e altre.

“Da adesso ai prossimi anni, non posso assolutamente mantenere un figlio e tantomeno la mia famiglia potrebbe sostenere un costo del genere, perché di fatto anche a livello economico è una cosa molto impegnativa, sia che decida di intraprendere una gravidanza che altri-altri modi.” (AM03)

In aggiunta, AM09 sottolinea come sia importante avere prima una casa per poter accogliere futuro figlio. AM15 aggiunge che sia necessario godere di una stabilità emotiva adeguata alla crescita della prole. Lo stesso concetto viene sottolineato da AM18, che spiega come sia importante non dimenticarsi che, sebbene si sia genitore, si è anche una persona, ed è dunque importante affrontare

un percorso di autocoscienza per poter offrire il meglio allə proprie bambinə. Il mondo che ci circonda non è solo precario, ma anche popolato da idee che spesso si trovano in contrasto con la visione dellə partecipanti. In particolare, non è raro che si siano scontratə con delle visioni rispetto alla famiglia molto diverse da quelle che poi, successivamente, hanno raccontato essere quelle ai loro occhi auspicabili. In primo luogo, come sottolineato da AM05, AM15, AM17 e AM18, la visione predominante rispetto ai ruoli genitoriali è molto binaria.

“Non c'è soltanto una difficoltà proprio di binarismo in sé, quindi nel senso esiste soltanto mamma e papà ma c'è anche un problema proprio di binarismo forzato e di ruolo di genere forzato sulla madre e sul padre.” (AM17)

AM17 aggiunge come, ai suoi occhi, non ci sia spazio per il non binarismo all'interno di una concezione tradizionale della famiglia. Una possibile soluzione viene immaginata da AM05: appare necessaria una revisione dei ruoli tipicamente intesi all'interno della coppia genitoriale.

“Ci sono tutta quanta una serie di temi legati al ruolo, del genitore. E alla decostruzione o sicuramente a rivedere il ruolo del padre e della madre così come sono culturalmente impostati.” (AM05)

In questa ottica, dunque, lə rispondenti che hanno sottolineato questo aspetto si trovano davanti a una concezione estremamente binaria, e dunque antitetica rispetto alla loro stessa esistenza. Il binarismo, come sottolineato da AM12, sta anche nella necessità di dover usare termini come “madre”, “padre”, “genitore” o “genitrice”. C'è un'aspettativa anche nei confronti del dover diventare genitorə, come se si trattasse di uno step fondamentale da dover affrontare durante la propria vita. Le parole di AM13 sono particolarmente esplicative.

“È comunque una cosa che la gente si aspetta, nel senso, è una cosa che succede, punto. Non è una cosa diciamo che puoi scegliere di non avere.” (AM13)

AM12 racconta di come, dopo aver esplicitato il proprio desiderio di genitorialità biologica alla famiglia d'origine, la loro reazione sia stata di “solievo”. Precisa poi che la sua visione di genitorialità biologica è diversa da quella che può avere il resto della società.

Un altro elemento d'interesse è quello relativo alla disforia di genere: questo elemento è stato citato tra le probabili sfide che è possibile incontrare durante il percorso di transizione alla genitorialità. È interessante però notare come, nella maggior parte dei casi, si tratti di disforia sociale, derivante quindi dall'essere percepiti come donne o uomini quando in realtà non lo si è. Dalle parole di diverse rispondenti emerge come questo sentimento negativo sia relegato all'entrare in contatto con altre persone. Questo concetto è stato spiegato in maniera molto chiara da AM07:

“La mia disforia è principalmente sociale. Comunque ce, quel tipo di disforia che se magari sono solo io in una stanza e nessuno mi guarda, non la sento neanche troppo, però appena mi pongo in uno spazio sociale, improvvisamente il modo in cui mi percepiscono gli altri è molto importante.” (AM07)

AM09 racconta di come anche nel suo caso la disforia sia principalmente sociale e di come stia male all'idea di essere percepiti in un determinato modo dalle altre persone. Pensa inoltre che questa percezione non possa cambiare a meno che non assuma gli ormoni. Il problema dunque non risiede in una caratteristica intrinseca della persona, bensì nella percezione del mondo.

“Il problema è sempre e solo sociale, la discriminazione, ce, anche il mio stare male con me stessa alla fine in realtà non è una questione mia, del mio specchio, ma una questione sociale” (AM16)

Infine, le partecipanti hanno espresso la loro concezione di famiglia e di genitorialità: si tratta di idee caratterizzate da aspetti peculiari e singolari. Un primo elemento degno di nota ha a che fare con le idee relative al sesso che viene assegnato alla nascita alle bambine. AM09 e AM12, per esempio, raccontano di come vivano ciò come un limite.

“Però è una cosa che mi dispiace, il fatto che verrà... le verrà tolta questa libertà e questo diritto, a mio avviso, di decidersi così come vuole. E credo che questo sia un altro esempio di come i problemi sono esterni, non interni. Se fossi io, io vorrei crescere una persona libera, non posso perché la società mi impone dei limiti. Il genere è uno di quelli.” (AM12)

La visione della famiglia da parte dell'è intervistatè si rivela in alcuni casi peculiare. Se da un lato alcunè si immaginano in una relazione monogama e con unè o più bambinè (o magari sono già in relazione con una persona, o hanno già unè figliè), per altrè l'idea di famiglia si distacca abbastanza da questo immaginario. È il caso di persone poliamorose, come AM07 e AM16, che immaginano di crescere l'eventuale prole in un contesto più allargato. Anche altrè hanno sottolineato l'importanza della "chosen family", ossia della famiglia scelta, composta da conoscenze e affetti non necessariamente legati a sé dal punto di vista familiare. AM15 ha raccontato il proprio punto di vista in merito:

"Io penso che nella vita ogni persona abbia due famiglie. La prima è quella in cui nasci, la seconda è che quella che tu fai con gli anni. La mia seconda famiglia sono i miei migliori amici, li vedo come tali, io... loro sono i miei punti di riferimento e la mia rete di aiuto, in qualsiasi cosa io vado da loro e loro vengono da me." (AM15)

L'importanza di questa tipologia di famiglia viene riconosciuta anche da chi esclude in toto l'idea di avere figliè in futuro, sottolineando come la presenza di questo tipo di rete favorisca il non sentirsi solè.

"Insomma, la mia chosen family c'è, non mi sento che mi manca qualcosa ecco da quel punto di vista" (AM18)

Anche l'accesso alla genitorialità stessa è talvolta vissuto in modi non tradizionali: è il caso di AM15, che immaginava di poter avere accesso all'adozione con l'aiuto di un amico, sebbene poi avesse il desiderio di crescere lè bambinè senza la presenza di quest'altra persona. Sebbene dunque si immagina come unica figura genitoriale in senso stretto, continua aggiungendo che riceverebbe sicuramente supporto e aiuto da parte della sua rete amicale, o seconda famiglia. "Rete" è proprio una delle parole usate da AM16 per descrivere il concetto di famiglia:

"Ecco, direi rete pensando a una chosen family piuttosto che alla sola genitorialità insieme, perché penso che la genitorialità vada sempre poi insieme a una rete che è, che sia a scelta, chosen o meno." (AM16)

Un ulteriore aspetto che accomuna la maggior parte delle interviste riguarda la socializzazione primaria e secondaria della prole. È emerso infatti che la sfida principale è rappresentata dalla seconda: in casa è facile spiegare allə figliə l'identità di genere dellə genitorə non-binary, il problema nasce nel momento in cui lə piccolə va, ad esempio, a scuola.

“Il problema da genitore a bambino secondo me è risolvibile, ma nel giro di 2 ore si trovano le soluzioni. Però poi portare questa cosa e farla valere anche fuori dalle mura di casa, fuori dalle mura della famiglia, e avere un bambino che non impazzisce perché deve vivere due circostanze diverse... È quello la sfida principale, penso.” (AM07)

Lə bambinə potrebbe anche rimanere confusə dai due modelli di realtà, quello appreso a casa e quello appreso a scuola.

“Io credo che potenzialmente se io mi ritrovassi ad essere genitore non avrei difficoltà a spiegare al mio potenziale figlio cos'è il non binarismo e cosa sono io. Però appunto penso che il problema sorgerebbe nel momento in cui questo bambino si relazionasse con magari gli altri bambini o l'insegnante o appunto con il suo mondo esterno e a quel momento penso anche sarebbe come dire non soltanto la discriminazione degli altri ma anche magari la confusione; quindi, penso che da genitore dovrei anche, come dire, prepararlo alla differenza che troverà fuori dalla famiglia.” (AM17)

AM09 e AM15 sottolineano come la problematica relativa all'inserimento dellə bambinə a scuola sia collegata anche alle idee che hanno lə genitorə dellə compagnə di classe rispetto a tematiche queer e di genere, idee che andranno a influenzare inevitabilmente lə loro figliə. AM11, in parte riprendendo quanto già portato alla luce da AM17, sottolinea anche l'importanza dell'educazione ricevuta da insegnanti e maestrə in giovane età. Rispetto al possibile scontro tra socializzazione primaria e secondaria, le parole di AM14 sono particolarmente esplicative:

“Anche questo potrebbe creare problemi perché poi il bambino comincia a vivere all'esterno della famiglia una realtà che è molto diversa da quella della famiglia. E che la demonizza. E questo sicuramente sarebbe problematico per il bambino, ma non è il

problema dei genitori di per sé più quanto come la società decide di... considerare quel tipo di famiglia.” (AM14)

In generale, l'idea che sembra accomunare i punti di vista dellə partecipanti è la seguente: all'interno del nucleo familiare non emergono particolari difficoltà legate all'identità di genere non binaria dellə genitorə, anzi, in alcuni casi potrebbe essere considerata addirittura una risorsa. Le preoccupazioni hanno a che fare con la paura che la prole possa essere vittima di bullismo a causa dell'identità di genere dellə genitorə, o che si ritrovi in un contesto i cui valori sono diversi od opposti a quelli appresi dentro alle mura domestiche. AM15 immagina che per lə suə eventuale bambinə sarà difficile spiegare che AM15 non è né sua madre né suo padre, ma lə suə genitorə che lə ama incondizionatamente.

4.7 IL LEGAME TRA FERTILITÀ E TERAPIA ORMONALE AFFERMATIVA

Il quinto tema generato include gli aspetti che collegano la fertilità e la sua preservazione alla terapia ormonale affermativa. Dellə 18 persone intervistate, solo 4 hanno affermato di aver intrapreso un percorso di TOA. Il tema della preservazione della fertilità non rientra tra quelli più conosciuti dallə partecipanti. Facendo riferimento sia a chi ha iniziato ad assumere ormoni sia a chi invece non l'ha ancora fatto, o non ha proprio intenzione di farlo, sembra che ci siano delle lacune non indifferenti. L'origine di queste lacune è in alcuni casi attribuibile al fatto che lə partecipanti non sono statə sufficientemente informate da parte dellə endocrinologə, come nel caso di AM02.

“Quando ho fatto la visita dall'endocrinologo non sono stata... non è che sono stata esattamente informata? Ceh mi ha chiesto “tu vuoi crioconservare?” Ho detto no, punto. Non è stato... non c'è stata prima un- un discorso su cosa vuol dire crioconservare e cose del genere, quindi io in automatico non ho crioconservato, però sì sono- mi è stato fatto presente che c'era la possibilità. Poi, informata è un'altra cosa, però”. (AM02)

Anche AM12 sente di non essere in possesso di tutte le informazioni necessarie, e anzi esprime il desiderio di potersi confrontare con unə endocrinologə all'interno di un clima adeguato, in modo da

poter trovare una soluzione che lo permetta di coniugare il desiderio di iniziare una TOA e di preservare la propria fertilità. La mancanza di un'adeguata informazione è riportata anche da AM16:

“Allora sono stata informata sugli effetti dei farmaci della terapia ormonale, questo sì, e però non sulla parte di come conservare la fertilità, cioè di come preservare la fertilità.”

(AM16)

Sebbene poi non ci fosse interesse da parte sua, aggiunge che dovrebbero essere lo medico a fornire queste informazioni in primo luogo, e non lo paziente a dover chiedere. L'esperienza di AM17 e AM18 è stata opposta, in quanto entrambi sono stati informati a dovere sebbene abbiano deciso di non preservare la propria fertilità. In particolare, AM18 ipotizza che nel suo caso ciò sia avvenuto perché ha avuto a che fare con un'associazione specializzata nel trattamento di persone trans*, e aggiunge che spesso questi aspetti sono legati alla formazione e all'attenzione rispetto a questi temi della singola realtà cittadina, ipotizzando che a livello nazionale la situazione possa essere variegata. AM17 racconta che sebbene abbia ricevuto le informazioni necessarie dall'endocrinologo, si sia anche informato su internet e dunque ciò che sa è dovuto in parte anche a una ricerca effettuata con altri mezzi, poiché le altre figure professionali con cui ha avuto modo di parlare durante il percorso di affermazione di genere non hanno parlato di preservazione della fertilità. AM16 e AM18 concordano nel ritenere la tematica più pressante nel caso in cui si parli di persone AFAB. Un altro punto sottolineato dallo partecipanti ha a che fare con le tempistiche con cui vengono informati della possibilità di preservare la fertilità: spesso ciò accade a ridosso dell'inizio della terapia ormonale, e scegliere di crioconservare equivale a posticipare l'assunzione di ormoni, scelta che non tutti sono disposti a compiere.

“Secondo me [l'argomento della preservazione della fertilità] andrebbe affrontato intanto prima, perché una parte del motivo per cui ho scelto di non crioconservare è che ehm... il fatto che se me lo- se me ne parli quando sono alla prima visita dall'endocrinologo, in questo caso scegliere di crioconservare vuol dire ritardare l'inizio della terapia ormonale

anche di un bel po', e quindi si deve ritardare finché non finisce tutta la parte della crioconservazione.” (AM02)

AM17 concorda sul fatto che la tematica andrebbe affrontata prima, e aggiunge che sarebbe auspicabile che questi argomenti venissero affrontati anche a scuola, entro un progetto di educazione sessuale.

Sebbene la crioconservazione sia un'opzione disponibile, è stata considerata da alcune partecipanti come non sufficientemente adeguata. Dalle parole di AM02, AM07 e AM12 traspare come l'aspetto della perdita del controllo sul proprio materiale genetico sia un fattore degno di nota.

“C'è anche il problema delle banalmente delle leggi italiane quindi all'atto pratico è abbastanza inutile crioconservare per molte persone. Almeno se sei una persona che poi vuole effettuare il cambio dei documenti.” (AM02)

La medesima preoccupazione è stata espressa da AM12, che afferma come l'affidare l'unica possibilità che avrebbe di accedere alla genitorialità biologica nel caso in cui dovesse iniziare una TOA a un ente la spaventa. AM07 racconta invece di come la sua partner attuale abbia deciso di preservare la propria fertilità prima di iniziare ad assumere ormoni.

“[La mia partner] ha scelto di congelare il suo materiale genetico e in teoria anche lì, nel senso dopo che aveva fatto il cambio di documenti non mi ricordo esattamente come funziona però tipo in teoria dovrà far quasi ricorso per gli riaverli perché per il discorso legale non sono neanche suoi.” (AM07)

4.8 ESSERE VISTO, ESSERE INVISIBILIZZATO E NECESSITÀ DI INVISIBILIZZARSI

Il sesto e ultimo tema costruito ha a che fare con la visibilità delle persone non binarie. L'essere invisibili agli occhi delle altre persone e della legge è un argomento che si è rivelato particolarmente pressante per le rispondenti.

Un aspetto trasversale al racconto di diverse partecipanti è quello che concerne la burocrazia e la legge italiana, sia in merito alla genitorialità che all'essere non-binary. Delle rispondenti, solo 3

hanno iniziato un percorso di rettifica anagrafica, altrø hanno riferito di non essere interessatø al cambio documenti e altrø ancora non hanno voluto escludere nessuna opzione per il loro futuro. È importante però sottolineare come questo procedimento non sia una effettiva soluzione per tuttø: le parole di AM07 sono esemplari, in quanto sostiene di non voler intraprendere una TOA, né richiedere l'accesso alla carriera alias in università (si tratta di un secondo libretto ed è uno strumento prezioso per lø studentø sotto l'ombrello transgender in quanto consente loro di venir riconosciuto in università il loro nome d'elezione e i loro pronomi).

“Per le persone non binarie non c'è niente quindi attualmente gli strumenti sono talmente binari che non-non mi interessano attualmente, non è come dire, ceh mi hanno chiesto perché non farei la carriera alias, a me la M sui documenti interessa quanto F, cioè non vorrei nessuna delle due quindi non ha senso che io vada a fare un percorso binario quindi attualmente no, non sto seguendo questo tipo di cosa.” (AM07).

Questa testimonianza sottolinea come l'assenza di un'opzione diversa da M o F gravi su chi non si sente rappresentatø da nessuna di queste due identità. AM10 aggiunge che, nel caso di una coppia in cui almeno una delle due persone sia non-binary, le problematiche legate ai documenti potrebbero andare a impattare sulla possibilità di adottare, ad esempio. È possibile che risultino due M o due F sui documenti dei genitori, anche se in realtà non sono quelle le loro reali identità di genere. AM09 fa una riflessione sulle leggi che regolano ad esempio l'unione civile e il matrimonio, e sottolinea come queste leggi che trattano in modo diverso le coppie non lø rappresentino.

Per ovviare alle problematiche legate alle leggi e alla burocrazia, è stata immaginata una soluzione che all'effettivo permette di ottenere dei vantaggi, ma che sul lungo termine potrebbe rivelarsi fautrice di outcomes negativi: invisibilizzarsi e non rivelare la propria identità di genere.

“Si potrebbe tra virgolette mentire in un certo senso, sì, sulla propria identità di genere anche perché non essendo riconosciuta una... Quindi appunto potrebbe essere più facile in un certo senso se non si è visibilmente... non banary transgender, che se si dimostra la propria identità di genere” (AM10)

AM10 e altre ipotizzano un accesso facilitato alla genitorialità, magari con l'adozione, nel caso in cui non dovessero cambiare documenti.

Se da una parte il rendersi invisibili può facilitare alcuni aspetti, dall'altro non sempre rende la vita facile. È il caso di coppie "omogenitoriali" sulla carta, costituite da due persone AFAB o AMAB: anche in questo caso le partecipanti si figurano una serie di difficoltà.

"C'è anche questo problema proprio a livello legale, legislativo, burocratico, per il quale se sei una coppia gay non puoi... i figli ti vengono dati uno in modo molto più faticoso, probabilmente diciamo c'è anche un controllo molto più rigoroso sulle finanze, sulla capacità di essere genitori, su diciamo quello che puoi dare a tuo figlio invece di una coppia etero cis che per sbaglio una sera rimane incinta, e quel figlio rimane in... anche magari in una situazione che non è adeguata a un bambino." (AM13)

Un altro limite a livello legislativo, riprendendo in senso lato quanto già detto da AM07, ha a che fare con la legge 64 del 1982. AM16 racconta come, secondo il suo punto di vista, dovremmo "fare un funerale" a questa legge, ancorata a una visione passata e ormai vecchia.

"Perché in quella legge non esiste la-la terza opzione, non esiste la x, non esiste essere fuori dal binario, anzi quella legge ci accetta solo se passiamo da un binario all'altro, se passiamo M a F o da F a M, e di farlo poi in maniera completa perché se lo fai come vuoi te non va bene uguale." (AM16)

Alle difficoltà legate alla legislazione e alla burocrazia, si aggiunge la mancanza di rappresentazione, anche in questo caso intesa come mancanza di rappresentazione di persone non-binary e mancanza di rappresentazione di forme di genitorialità altre rispetto alla tipica famiglia tradizionale.

"Tutto parte dalla mancanza di informazioni e dalla mancanza di rappresentanza insomma di rappresentazione a livello sociale perché seguo tipo su Instagram degli account di persone, tipo coppie lesbiche insomma o coppie gay che hanno fatto dei figli però sembra sempre troppo lontano, come qualcosa che non è fattibile da raggiungere" (AM09)

Quello che si trova è spesso considerato irraggiungibile o comunque non perfettamente aderente alla realtà che si vive. Secondo AM16, a mancare è proprio la rappresentazione fatta da una “voce queer autorevole”, e la rappresentazione mediatica, che negli ultimi anni sembra fare dei piccoli passi avanti, non appare sufficiente.

“Però manca una persona non binaria che magari abbia una visibilità politica e che possa lottare per dei diritti.” (AM16)

Un altro sottotema interessante è quello relativo all’occhio dell’altro e a come un’ipotetica persona altra, intesa sia come singola che come società, entra in relazione con le persone non-binary e le loro famiglie. Anche in questo caso, dalle interviste è emerso come le ipotetiche problematiche specifiche hanno a che fare con questa relazione.

“I bambini finché non acquisiscono delle regole sociali, delle norme, per loro è tutto lecito cioè nel senso che gliene frega a loro se sei non binary, se sei così, che se sei così... cioè non è assolutamente un problema.. il problema è appunto quando inizi a capire come funziona il mondo e poi nell'interazione con gli altri.” (AM09)

Le partecipanti che immaginano problemi relativi a un’ipotetica loro famiglia hanno in mente due tipologie di difficoltà: quelle che ogni famiglia con bambini incontra, e quelle specifiche delle famiglie non-binary. Queste ultime sembrano avere a che fare unicamente con aspetti legislativi o con questo ipotetico occhio che osserva e giudica il nucleo familiare. AM05 suggerisce di fornire all’eventuale prole gli strumenti per comprendere che la realtà vissuta in famiglia è diversa da quella esterna, ma riconosce come questo sia solo un “palliativo”. Una preoccupazione che accomuna una decina di intervistatø ha a che fare con la paura che le figlie possa essere oggetto di stigma a causa dell’identità non binaria delle genitorø.

“...di una situazione familiare in cui può emergere la mia identità di genere come persona non binary, è sempre un po’ la preoccupazione di un eventuale stigma sul mio eventuale figlio o figlia perché sono non binary.” (AM04)

Un altro punto che è emerso dal racconto di AM01 e AM10 è la possibile reazione di persone terze a una gravidanza portata avanti da una persona trans o non-binary. Ipotizzano che il genere e l'autodeterminazione della persona possano non essere presi sul serio.

“Essere riconosciuti nel proprio genere nonostante una gravidanza perché magari... Una persona trans affronta gravidanza e allora le persone attorno dicono “Ah allora sei donna, non sei veramente quello che dici di essere”.” (AM10)

Rispetto alle difficoltà relative alla genitorialità trans* e non-binary, la risposta di AM12 sottolinea che, se da una parte si stanno facendo passi avanti verso l'accettazione dell'omogenitorialità, così non si può dire della genitorialità trans* e non binaria.

“Innanzitutto è vista come molto strana, nella società si sta facendo un progresso verso la omogenitorialità, ma si fa fatica a pensare che un padre possa essere incinto o... che una madre possa avere i peli. Poi nella parte del non binary, ho detto padre e madre e... non abbiamo un termine. [...] Credo che il problema infatti principale non sarà tanto nelle sfide personali, perché credo che la maggior parte delle persone trans siano abituate ad... affrontare un mondo che è ostile a loro e quindi sono anche più... brave, secondo me, sono socializzate a essere più brave a occuparsi di figli. Il problema più grave è la risposta sociale a questa famiglia.” (AM12)

AM12 sottolinea però come ai suoi occhi le persone trans* siano abituate ad affrontare un mondo a loro ostile.

“Di per sé non sarebbe un problema la genitorialità transgender nella coppia, nella famiglia. Anche perché certe cose sono davvero semplici da spiegare. E per un bambino che ci nasce all'interno non... non ci sono problemi.” (AM14)

A riprova del fatto che le problematiche portate dall'intervistatə sono relegate fuori dall'uscio domestico, AM14 sottolinea come per unə bambinə nato all'interno di una famiglia del genere non ci siano problemi.

“Cioè il problema è proprio la società di base di stampo etero normativo e binario che è il problema da sradicare, riuscire quindi ad andare oltre a tutto questo...” (AM18)

Infine, un altro elemento rilevante che è possibile trovare all'interno delle interviste riguarda il personale medico e socio-sanitario in generale. È già emerso come delle volte ci siano delle lacune nell'interfacciarsi con persone che stanno intraprendendo una TOA, ma i problemi non si limitano a quello. Relativamente a un'ipotetica gravidanza, anche AM10 esprime delle perplessità sul fatto che le operatore con cui bisogna necessariamente interfacciarsi potrebbero non vedere di buon occhio la comunità transgender e non binaria.

“Tutto il percorso medico che immagino che ci sia dietro con ginecologo e ostetriche, eccetera, che non sempre sono molto diciamo trans friendly e... e quindi magari queste cose potrebbero dare-dare il via ad una serie di discriminazioni insomma.” (AM10)

C'è la paura di andare incontro a discriminazioni e stigma. Questa sensazione di sfiducia si osserva anche nel racconto di AM06, che afferma di “non fidarsi dei medici”. AM03 immagina che, nel momento in cui dovesse decidere di portare avanti una gravidanza e dovesse recarsi da una ginecologa per un controllo, questa assumerebbe che lei sia una donna. Anche AM01 concorda nell'ipotizzare la presenza di pregiudizi in ambito medico.

“Qualora una persona magari abbia un aspetto un po' diverso da quella che è, almeno una persona AFAB in questo caso, abbia un aspetto diverso da quella che è la norma, può essere che venga ad incontrare anche dei pregiudizi di... sì, dei pregiudizi anche a livello medico ecco.” (AM01)

4.9 UNO SGUARDO AL FUTURO

Alla luce dei racconti delle partecipanti e degli elementi da loro enfatizzati durante le interviste, emerge come alcuni degli aspetti da loro citati e immaginati come possibili sfide o situazioni in cui è probabile ritrovarsi, siano effettivamente state vissute da AM08. AM08 è una persona che, a differenza delle altre partecipanti, ha già affrontato il percorso di transizione alla genitorialità. Si è

voluto tenere in considerazione anche il suo punto di vista, che da un lato arricchisce la ricerca e dall'altro pone le basi per poter orientare lo sguardo verso il futuro.

In prima istanza, un aspetto degno di attenzione ha a che fare con la collocazione dell'esperienza della gravidanza entro una visione binaria del genere. Questo aspetto è in linea con quanto già descritto nei temi generati dall'analisi tematica: la gravidanza è stata raccontata come esperienza non necessariamente femminile. AM08 racconta di come l'aver vissuto una gravidanza ha permesso di pensarsi al di fuori del binarismo.

“E la mia esperienza è stata che appunto in realtà proprio avendo questo bambino ho realizzato che questa esperienza mi piazzava fuori dal binarismo. Ehm, perché... Come ti puoi immaginare come ben sai, essere madri... Ovviamente uso il termine madre in senso stretto, ma comunque... ti arriva con un sacco di raccomandazioni e regole dall'esterno e ho realizzato che non volevo essere o non mi sentivo all'interno di quelle regole.” (AM08)

AM08 parla inoltre del concetto di “*body neutrality*”, neutralità del corpo: secondo la sua visione, dunque, sembra non esserci un'associazione tra corpo gestante e alcun genere specifico. Racconta infatti di come chiunque, se ha la possibilità di avere unə figliə in questo modo, dovrebbe poterlo fare. Questo concetto è stato ripreso anche da altrə rispondenti, come ad esempio AM10, AM15 e AM18, sebbene non abbiano usato lo stesso termine per descriverlo.

Successivamente, uno degli aspetti che è risultato particolarmente rilevante ha a che fare con l'essere invisibilizzatə e la necessità di invisibilizzarsi talvolta. AM08 ha raccontato come una delle sfide principali che si ritrova ad affrontare in quanto genitorə non-binary sia proprio essere vistə, e di come sebbene la mancanza di visibilità possa essere per certi versi un aspetto positivo, non sempre conduce ad outcomes positivi.

“Si può vivere una vita relativamente normale, senza rotture dalle istituzioni o da chi non ci vede di buon occhio, ma perché ci si può rendere invisibili, e non è una cosa che mi piacerebbe fare, nella vita”. (AM08)

Nell'esperienza di AM08 il prezzo da pagare per la “*vita relativamente normale*” è molto alto:

“Semplicemente io posso avere figli senza problemi. Funziona tutto. Nessuno mi chiede niente in ospedale. Però... però quando però quando mi ritrovo per esempio a fare il corso parto mi vengono gli attacchi di panico, perché... mi sono chiesta perché, adesso so perché.” (AM08)

Da questo racconto è possibile sottolineare come i timori espressi dalle altre partecipanti e precedentemente elencati si siano rivelati in parte veri nell'esperienza di AM08, che racconta come sebbene il personale ospedaliero sia formato su tutto ciò che riguarda la gravidanza, manca loro un “tassello”.

“Io sono... sono andata in un ospedale, sono fantastici e sono veramente all'avanguardia. Sono anche molto preparati dal punto di vista psicologico, gli manca diciamo, il tassello di essere preparati o anche semplicemente considerare il fatto che ci possono essere persone che partoriscono, che non sono donne.” (AM08)

Di conseguenza emerge come, nell'esperienza di AM08, l'interfacciarsi con medici e altre figure professionali specializzate nella cura fisica e psicologica della persona porti a scontrarsi con una preparazione su tematiche di genere non sufficiente. Anche in questo caso si tratta di uno scenario che le altre partecipanti avevano ipotizzato.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 DISCUSSIONE

La presente ricerca si inserisce entro un panorama che prevede pochissimi studi sul desiderio di genitorialità incentrati unicamente sulla popolazione non-binary. Sebbene siano ricerche recenti, si tratta di progetti il cui focus della ricerca è costituito da persone transgender e non-binary, andando da una parte ad evidenziare elementi peculiari della popolazione non cisgender, ma dall'altro ad appiattare le richieste e le necessità di queste persone senza sottolinearne le importanti differenze. (Defreyne et al., 2020a; Defreyne et al., 2020b; Schwartz & Moravek, 2021; Mattawanon et al., 2022). Volendo dunque analizzare il desiderio e l'intenzione di genitorialità delle persone non binarie, si è voluto dare spazio al loro vissuto e ai loro racconti, dando voce anche alle ipotetiche sfide che le partecipanti hanno immaginato nel percorso di transizione alla genitorialità. Per fare ciò si è scelto di analizzare i dati qualitativamente mediante l'Analisi Tematica (Braun & Clarke, 2006): così facendo il presente studio mira ad affiancarsi alle analisi quantitative già presenti in letteratura, andando a focalizzarsi su alcuni argomenti che, sebbene siano stati analizzati quantitativamente dall'altre autore, necessitano di ulteriori approfondimenti.

Preliminarmente un elemento emerso ha a che fare con la definizione della propria identità di genere proposta da alcune intervistate. Se da una parte alcune hanno solo dichiarato di essere non-binary, altre hanno voluto specificare meglio questo aspetto. È emersa una diversa concezione di identità di genere: partendo dal caso in cui questa identità è considerata come qualcosa di non esistente, si arriva a considerarla come uno strumento per relazionarsi col mondo esterno. Questi punti di vista diversi, non per forza vicendevolmente escludentesi, sottolineano l'importanza di dar spazio all'autodeterminazione della singola persona. Sebbene in letteratura siano presenti definizioni che cercano di raggruppare queste singole esperienze sotto un unico ombrello (Schudson & Morgenroth, 2022) è fondamentale ricordare che si tratta appunto di un'etichetta che comprende al suo interno vissuti peculiari e singolari.

Riferendoci ai temi emersi dall'Analisi Tematica, è interessante notare come emerge un'idea di genitorialità tra le partecipanti in parte assimilabile al concetto di genitorialità positiva, così definito: “la genitorialità positiva è la relazione continua tra un genitore e uno o più figli che comprende la cura, l'insegnamento, la guida, la comunicazione e il soddisfacimento dei bisogni del bambino in modo coerente e incondizionato” (Seay et al., 2014). Nelle interviste vengono più volte sottolineati i concetti di cura e di soddisfacimento dei bisogni delle figlie. L'aspetto ricorrente non ha riguardato il “fare” un figlio, ma il prendersene cura da diversi punti di vista.

Tra le partecipanti, circa la metà ha riferito di voler diventare genitore. Guardando alla letteratura che abbiamo a disposizione, senza dimenticare il limite relativo all'assimilazione delle persone non-binary sotto l'ombrello transgender, i risultati sono abbastanza variegati. In generale, sembra che il desiderio di genitorialità di persone transgender e non-binary sia alto (Schwartz & Moravek, 2021), e che sia in linea con quello esperito dalle persone cisgender (Tasker & Gato, 2020; Marinho et al., 2021). Nella presente ricerca inoltre si è visto come questo desiderio in alcuni casi sia presente dall'infanzia, in altri si sia modificato nel tempo, e in altri ancora si immagina possa subire ulteriori modifiche in futuro. Anche in questo caso i risultati sono in linea con quanto già evidenziato in letteratura (Schwartz & Moravek, 2021): il desiderio di genitorialità non è stabile nel tempo, ma può subire variazioni durante il ciclo di vita della persona. Questi elementi affiancano la popolazione non-binary a quella generale, soprattutto se si tiene in considerazione il fatto che le intervistate si collocano in una fase di vita di giovane adultità.

Proseguendo, è emersa una non completa informazione sulle possibilità di filiazione in Italia. Le rispondenti non sembravano avere ben chiare tutte le possibilità in merito a modalità come l'adozione, in particolar modo dal punto di vista legislativo, di conseguenza alcune considerazioni da loro fatte si sono rivelate non attuabili nella realtà. È il caso di chi immaginava minori difficoltà ad adottare come persona singola che come coppia non cisetero. In realtà le adozioni in Italia sono regolamentate dalla legge n.184 del 4 maggio 1983, la quale rende possibile l'adozione di minori da parte di persone single solo in casi molto specifici. Ciò è indice di una generale mancanza di

informazioni relative a tutte le modalità di filiazione diverse dalla gravidanza, forse considerata dalla società come metodologia principale (e, talvolta, come metodologia più valida) per coronare il desiderio di genitorialità. Alcune volte questo elemento può legarsi con le aspettative delle famiglie d'origine dellø partecipanti, alcune delle quali prevedevano la gravidanza come unico modo per accedere alla genitorialità. In generale, la legislazione italiana non favorisce né incentiva l'accesso alla genitorialità per tuttø coloro che si collocano al di fuori della “famiglia tradizionale”, composta da due coniugi, un uomo e una donna cisgender. Tutte quelle tipologie di famiglie che si distanziano da questa vengono invisibilizzate, o considerate di inferiore valore. Questi elementi possono concorrere alla mancanza di informazioni da parte dellø partecipanti: è il caso di una persona che ha raccontato di non avere informazioni a riguardo, e di come faccia affidamento su quanto raccontato da una coppia queer di amiche che ha intenzione di avere unø bambinø e che per coronare il proprio desiderio di genitorialità andrà in un altro Stato. In Italia tuttavia permane la mancanza di leggi e di tutele per le persone queer, transgender e non-binary nello specifico, che vede dunque impossibile per questa fetta di popolazione accedere alla genitorialità e alle informazioni necessarie; risulta altresì impossibile poter autodeterminare il proprio genere, come avviene ad esempio in Spagna, di conseguenza le persone non binarie italiane non possono vedere riconosciuta la propria identità di genere. Questa serie di mancanze influenza necessariamente anche il benessere delle persone non-binary, ancor prima del loro desiderio di genitorialità, come evidenziato anche dalle linee guida WPATH.

Questa serie di elementi potrebbe collegarsi al retaggio culturale specifico delle società occidentali: sebbene in alcuni Stati ci sia una maggiore tutela, permane una generale stigmatizzazione e allontanamento di tutto ciò che si distanzia dalla norma, ed è dunque considerato deviante. Lo standard è la famiglia composta da una mamma e un papà cisgender, e da figliø anch'essø strettamente cisetero. Differire da questo modello può portare a discriminazioni, come ipotizzato dallø partecipanti alla ricerca e come dimostrato anche in letteratura (Worthen, & Herbolsheimer, 2022; Worthen, & Herbolsheimer, 2023). Essø, infatti, hanno immaginato una serie di difficoltà

derivanti non tanto dalla struttura della famiglia in sé, ma dalla reazione della società a qualcosa di diverso dalla tradizionalità.

Un altro elemento emerso dall'analisi dei dati riguarda i sentimenti negativi nei confronti di una possibile gravidanza, aspetto di cui si è già discusso in letteratura, sia prendendo in considerazione donne cisgender che persone AFAB in generale, appartenenti o no alla comunità LGBTQIA+ (Malmquist et al., 2021; Malmquist & Nieminen, 2021; Hallström et al., 2022; Malmquist, 2022). Le partecipanti al presente studio hanno sottolineato come le aspettative relative alla gravidanza andassero a impattare negativamente sul loro benessere, e su come l'idea stessa della gravidanza sia collegata al concetto di femminilità. Le intervistate, di conseguenza, hanno riportato sentimenti negativi nei confronti di un'ipotetica gravidanza, immaginando come il corpo gestante polarizzasse la percezione delle persone: una persona con il pancione deve essere necessariamente una donna. Questo è uno dei motivi per cui diverse rispondenti si sono dette contrarie alla possibilità di avere una figlia tramite la gravidanza. Malmquist ha condotto una ricerca nel 2021 che ha portato alla luce evidenze simili: anche in quel caso le partecipanti hanno raccontato di come le modificazioni corporee e le aspettative derivanti dalla gestazione costituissero un ostacolo alla loro autodeterminazione; in aggiunta, le partecipanti di Malmquist hanno sottolineato il timore che la gravidanza andasse ad esacerbare i sentimenti di disforia, elemento riscontrato anche nella presente ricerca. Alcune partecipanti alla presente ricerca avevano sottolineato come la presenza di un'eventuale gravidanza potesse portare le persone che le circondano a mettere in dubbio la propria identità di genere. Anche in questo caso si tratta di una paura che è stata già documentata in precedenza, facendo però riferimento ad uomini transgender (Malmquist et al., 2021). Alcune partecipanti hanno inoltre sottolineato come l'accesso alla genitorialità tramite la gravidanza e la conseguente posticipazione o sospensione dell'inizio della TOA possa portare ad outcomes negativi. In letteratura sono presenti delle testimonianze di ciò (Malmquist, 2022): in un'intervista, una persona non-binary ha raccontato come la posticipazione della TOA abbia avuto effetti negativi sul suo benessere globale, sebbene abbia poi raccontato del parto in termini positivi.

Tra le sfide discusse dall'è intervistatè, figura sicuramente il rapporto tra la disforia di genere e la genitorialità biologica. Da quanto è stato raccontato emerge come spesso l'accesso alla genitorialità biologica, soprattutto nel caso di persone AFAB ma non solo, sia ostacolato da sentimenti di disforia corporea e sociale. Questo tipo di vissuto viene citato nella quasi totalità delle interviste. Nella presente ricerca, lè partecipanti hanno affermato di provare un tipo di disforia definibile come sociale; in alcuni casi hanno parlato anche di disforia corporea, la cui origine era comunque collegata a come il proprio corpo viene percepito dalla società. Questo risultato è in linea con quanto già presente in letteratura: il disagio provato è collegato all'occhio di chi osserva e a quello che questa ipotetica persona restituisce nell'interazione, più che alle caratteristiche corporee in sé, e "tali caratteristiche hanno creato sentimenti di disforia basati sul valore simbolico e culturale e sull'adesione alle aspettative sociali di genere" (Di Giannantonio et al., 2024, p. 14). Questi aspetti possono anche venire interiorizzati dalla persona, portandola a percepire determinate caratteristiche come maschili o femminili anche al di fuori dell'interazione sociale, favorendo un vissuto negativo e una percezione di sé che impatta negativamente sul benessere psicofisico.

La disforia si accompagna e in un certo senso si interseca anche con l'esperienza di misgendering che lè partecipanti hanno raccontato come timore: hanno immaginato come l'essere percepitè come donne, nel caso di persone AFAB che immaginano di portare avanti una gravidanza, porti con sé necessariamente esperienze di misgendering da parte di altre persone. Si tratta di esperienze largamente indagate in letteratura, soprattutto con riferimento alla popolazione transgender, ma i cui effetti negativi possono essere estesi anche alle persone non-binary e comprendono un generale distress caratterizzato da stigmatizzazione, basso supporto sociale, peggioramento della percezione di sé e, più in generale, outcomes negativi a livello di benessere psicologico (McLemore, 2018; Mitchell et al., 2021, Coleman et al., 2022). Nello specifico, il misgendering subito dalle persone non-binary è stato approfondito da Matsuno e colleghe nel 2022, lè quali sono arrivatè alla conclusione che si tratti di un'esperienza peculiare e caratteristica. In particolare, in Italia questo aspetto è particolarmente sentito: non esiste un pronome neutro in italiano, qualsiasi nome ha un

genere grammaticale maschile o femminile, e gli spazi che ci circondano (spogliatoi, bagni, reparti dei negozi di vestiario ecc...) sono divisi secondo i due generi riconosciuti a livello legale. Questo fattore costituisce un ulteriore elemento di stress per le persone non-binary. Questi elementi sono stati citati nelle interviste della presente ricerca.

Un'altra sfida ricorrente ha a che fare con la necessità di avere una certa stabilità (economica, abitativa, psicologica...) prima di poter coronare il proprio desiderio di genitorialità. Questo aspetto è trasversale e non riguarda unicamente le persone non-binary e/o transgender: per esempio, uno dei timori emersi dalla presente ricerca ha a che fare con la credenza di non poter prevenire la trasmissione intergenerazionale di traumi familiari, raccontata anche da Lang e Gartstein in una ricerca del 2018. Dalle interviste è emersa la necessità di avere una certa stabilità dal punto di vista psicologico, l'aver affrontato determinati aspetti ritenuti problematici in terapia, prima di potersi interfacciare alla genitorialità. La stabilità è stata anche intesa dal punto di vista lavorativo e finanziario. Nel caso delle famiglie queer in generale, l'accesso alla genitorialità potrebbe essere ulteriormente ritardato dalla necessità di raggiungere questo tipo di stabilità unita all'allungamento del percorso di filiazione che potrebbe scaturire da diversi fattori, come ad esempio l'impossibilità di accedere alle procedure di PMA in Italia (Legge 40/2004) e la conseguente necessità di rivolgersi a enti esteri. Come scaturito dalle interviste, un altro elemento che potrebbe causare l'allungamento del percorso di filiazione nel caso in cui si optasse per l'adozione riguarda la burocrazia necessaria. È inoltre interessante come la tematica della socializzazione secondaria, considerata una sfida dalle partecipanti al presente studio, sia stata già documentata in letteratura: dalle interviste emerge la paura che i propri figli possano essere discriminati o stigmatizzati a scuola a causa dell'identità non binaria dei genitori (Defreyne et al., 2020a; Defreyne et al., 2020b). Ci si potrebbe interrogare sulla necessità di programmi scolastici che prevedano un'educazione sessuale e affettiva alle differenze, per poter educare i bambini sin dalla più tenera età a tematiche affini alla comunità LGBTQIA+. Un simile approccio potrebbe ridurre la presenza di discriminazioni sulla base di

orientamento sessuale e identità di genere, e favorire una maggiore conoscenza di queste tematiche e di tutto ciò che con loro ha a che fare.

Rispetto alle rispondenti che hanno riferito di aver intrapreso una TOA, sono emersi dei fattori già precedentemente affrontati nei capitoli iniziali della presente tesi. 2 partecipanti hanno raccontato di non essere state sufficientemente informate rispetto alla possibilità di preservare la propria fertilità: in letteratura è stato evidenziato come talvolta le pazienti non vengano informate rispetto alle possibilità che hanno a disposizione, sebbene le linee guida WPATH suggeriscano che le operatrici sociosanitarie debbano essere il più possibile chiare con le loro pazienti (Baram et al., 2019; Defreyne et al., 2020a; Shwatz & Moravek, 2021; Coleman et al., 2022). Questo punto è particolarmente rilevante poiché la TOA va ad impattare inevitabilmente sulla fertilità della persona, ed eventuali interventi di chirurgia affermativa possono produrre esiti non reversibili. È fondamentale che le persone transgender e non-binary che decidono di optare per queste soluzioni siano a conoscenza dell'impatto sulla propria salute riproduttiva.

Infine, è stato trattato il tema dell'invisibilizzazione nell'ottica di sfida al raggiungimento della genitorialità, ma anche in termini opposti, come nel caso di quelle partecipanti che immaginano un accesso facilitato alla genitorialità mentendo sulla propria identità di genere. Questi elementi si legano all'esperienza delle persone non-binary e in generale TGD (transgender e gender diverse): “le esperienze TGD rimangono emarginate, patologizzate e soppresse, così come le conoscenze, le informazioni e le risorse che potrebbero facilitare la consapevolezza, la comprensione e la legittimazione delle esperienze TGD” (Austin, 2016, p. 221). È quindi presente in letteratura l'idea che il vissuto specifico di questa popolazione sia relegato a un contesto marginale, di incomprendimento e per certi versi pregiudizio. Nella sua ricerca del 2016, Austin sottolinea quanto sia importante per la comunità transgender e non binaria vedere altre persone che ne facciano parte, tema che, se letto nell'ottica della presente ricerca, è facilmente collegabile a quanto emerso in alcune interviste rispetto alla necessità di avere una rappresentazione che sia efficace, per favorire

l'accettazione e la comprensione dell'identità non-binary, che vada al di là della poca visibilità che spesso viene data alla comunità.

5.2 PUNTI DI FORZA, LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE

Il presente studio presenta sia dei limiti che una serie di punti di forza, elementi da cui si potrebbe partire per un'ulteriore analisi o studio futuro sulla tematica.

In primo luogo, i punti di forza hanno a che fare con la numerosità ed altre caratteristiche del campione: si tratta di 18 persone non-binary che si collocano in una fascia d'età giovane, e che si distribuiscono eterogeneamente rispetto all'orientamento sessuale e relazionale. L'intersezione tra diverse storie relazionali ed esperienze di vita ha condotto ad un'analisi molto ricca. Inoltre si tratta di un campione costituito interamente da persone italiane, che permette alla presente ricerca di inserirsi all'interno di un panorama nazionale ancora povero di studi e che necessita di essere ampliato. L'intersezione tra l'identità di genere non binaria e la genitorialità risulta essere ancora più specifica, facendo diminuire ulteriormente il quantitativo di materiale reperibile in letteratura e costituendo un ulteriore punto di forza del presente studio. Un altro punto di forza ha a che fare con il fatto che il campione si compone unicamente di persone non-binary, di conseguenza è stato possibile catturare al meglio le specificità e le peculiarità di questa popolazione senza necessariamente accorparla o affiancarla a quella transgender in generale, come viene spesso fatto in letteratura; come diretta conseguenza di ciò, si è data ulteriore rilevanza a un ambito che sebbene sia trattato sempre di più, necessita ulteriori studi specifici. Il campione si è dimostrato eterogeneo nel desiderio e nell'intenzione di genitorialità, sebbene anche coloro che hanno riferito di non volere un figlio hanno comunque immaginato eventuali difficoltà che potrebbero incontrare durante il percorso di genitorialità. Infine, un ultimo punto di forza risiede, come sottolineato da alcuni partecipanti, nell'aver permesso loro di riflettere su alcuni temi su cui non si erano interrogati prima della conduzione dell'intervista o della compilazione del questionario.

La ricerca presenta tuttavia una serie di limiti. Tra questi sicuramente il fatto che solo 4 dell'18 rispondenti hanno intrapreso, nel momento di conduzione delle interviste, una terapia ormonale affermativa. Inoltre, la giovane età dell'intervistato ha giocato un ruolo fondamentale nell'effettiva progettualità rispetto all'avere una figlia, in quanto anche coloro che hanno espresso questo desiderio hanno dichiarato di vederlo spostato in là nel tempo.

La presente ricerca costituisce un trampolino di lancio per futuri sviluppi. In primo luogo sarebbe interessante replicare lo studio su un campione che si colloca su una fascia d'età più grande, e valutare in cosa differiscono i limiti all'accesso alla genitorialità percepiti dall'intervistato. D'altra parte ci si potrebbe concentrare anche sull'adolescenza, e indagare il punto di vista sulla genitorialità di chi è ancora molto lontano dall'effettiva possibilità di avere una figlia. Sarebbe interessante anche valutare nello specifico l'esperienza di persone non-binary che hanno crioconservato prima di iniziare ad assumere ormoni, in quanto nessuna tra le rispondenti aveva fatto ricorso a questa possibilità. Future ricerche potrebbero anche evidenziare la presenza di eventuali correlazioni tra il desiderio di genitorialità delle persone non-binary e il loro orientamento sessuale e relazionale. Infine, alla luce della carenza in letteratura di studi specifici, sarebbe utile approfondire le negoziazioni all'interno di coppie (oppure, nel caso di relazioni poliamorose, di unità familiari composte da più di due partner) composte da persone non-binary: ci si potrebbe interrogare su quali modalità di filiazione vengono considerate e sulla suddivisione dei ruoli al di fuori della cisnormatività.

Infine, il caso di AM08, la partecipante che ha già portato a termine il proprio desiderio di genitorialità, può essere considerato un punto di partenza per futuri approfondimenti. In particolare, sarebbe interessante andare a ricercare il parere di chi ha già una o più figlie e verificare se le sfide riscontrate nel percorso di transizione alla genitorialità corrispondono a quanto ipotizzato dall'intervistato della presente ricerca. Un ultimo punto degno di nota ha a che fare con l'esperienza di AM08, che ha realizzato di essere non-binary grazie all'esperienza della gravidanza. Non si tratta di qualcosa di unico, poiché in letteratura è stato documentato il caso di un'altra persona non-binary

che si è trovata nella medesima situazione (Malmquist, 2022). Di conseguenza si potrebbe approfondire il vissuto personale di persone non-binary che hanno portato avanti una gravidanza e l'associazione tra femminilità e gestazione, facendo un paragone tra quanto è socialmente considerato la norma e quanto, invece, viene vissuto dall'interessato.

BIBLIOGRAFIA

- Austin, A. (2016). "There I am": A grounded theory study of young adults navigating a transgender or gender nonconforming identity within a context of oppression and invisibility. *Sex Roles*, 75, 215-230.
- Bager-Charleson, S., & McBeath, A. (Eds.). (2023). *Supporting Research in Counselling and Psychotherapy: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Research*. Springer Nature.
- Baiocco, R., Rosati, F., & Pistella, J. (2023). Italian proposal for non-binary and inclusive language: The schwa as a non-gender-specific ending. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-6.
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. *Human reproduction update*, 25(6), 694-716.
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": how erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- Braun, F., Sczesny, S., & Stahlberg, D. (2005). Cognitive effects of masculine generics in German: An overview of empirical findings.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3-26.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and being a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1-6.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259.

- Cooper, H. C., Long, J., & Aye, T. (2022). Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. *Plos one*, *17*(3), e0265043.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. R. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility*, *113*(1), 149-157.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K., & T'Sjoen, G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned male at birth transgender people living in Belgium. *International Journal of Transgender Health*, *21*(1), 45-57.
- Di Giannantonio, B., Milanese, K., Mirabella, M., Rosati, F., Lorusso, M. M., Pistella, J., ... & Giovanardi, G. (2024). "The third table where I would sit comfortably": narratives of nonbinary identity routes. *International Journal of Transgender Health*, 1-19.
- Fischer, O. J. (2020). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, *22*(1-2), 77-88.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 101579.
- Gough, B., & Madill, A. (2012). Subjectivity in psychological science: From problem to prospect. *Psychological Methods*, *17*(3), 374–384
- Gouni, O., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürcü Akik, B., Holopainen, A., & Calleja-Agius, J. (2022). Childlessness: Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1464.
- Hallström, S., Grundström, H., Malmquist, A., Eklind, M., & Nieminen, K. (2022). Fear of childbirth and mental health among lesbian, bisexual, transgender and queer people: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *43*(4), 526-531.
- Kinney, M. K., & Cosgrove, D. (2022). "Truly Listen to Us": Recommendations for Health Professionals to Bolster Wellbeing of Nonbinary Individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15), 9032.

- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations, 4*(4), 214.
- Lang, A. J., & Gartstein, M. A. (2018). Intergenerational transmission of traumatization: Theoretical framework and implications for prevention. *Journal of Trauma & Dissociation, 19*(2), 162-175.
- Lykens, J. E., LeBlanc, A. J., & Bockting, W. O. (2018). Healthcare experiences among young adults who identify as genderqueer or nonbinary. *LGBT health, 5*(3), 191-196.
- Malmquist, A. (2022). Transgender Men Forming Two-Father Families with Their Cisgender Male Partners: Negotiating Gendered Expectations and Self-Perceptions. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal, 18*(5), 369-385.
- Malmquist, A., & Nieminen, K. (2021). Negotiating who gives birth and the influence of fear of childbirth: Lesbians, bisexual women and transgender people in parenting relationships. *Women and Birth, 34*(3), e271-e278.
- Malmquist, A., Wikström, J., Jonsson, L., & Nieminen, K. (2021). How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbians, bisexual women and transgender people with a fear of childbirth. *Midwifery, 93*, 102888.
- Marinho, I., Gato, J., & Coimbra, S. (2021). Parenthood intentions, pathways to parenthood, and experiences in the health services of trans people: An exploratory study in Portugal. *Sexuality Research and Social Policy, 18*, 682-692.
- Matsuno, E., & Budge, S. L. (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports, 9*, 116-120.
- Matsuno, E., Bricker, N. L., Savarese, E., Mohr Jr, R., & Balsam, K. F. (2022). “The default is just going to be getting misgendered”: Minority stress experiences among nonbinary adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity.*

- Mattawanon, N., Kummaraka, U., Oon-Arom, A., Manojai, N., & Tangpricha, V. (2022). Reproductive desires in transgender and gender diverse adults: A cross-sectional study in Thailand. *International Journal of Transgender Health, 23*(3), 362-374.
- McLemore, K. A. (2018). A minority stress perspective on transgender individuals' experiences with misgendering. *Stigma and Health, 3*(1), 53.
- Mehra, G., Boskey, E. R., Peters, C. J., Njubigbo, C., Charlton, B. M., & Ganor, O. (2022). Assessing Fertility Intentions in Patients Presenting for Gender-Affirming Surgery. *LGBT health, 9*(5), 325-332.
- Mitchell, L., MacArthur, H. J., & Blomquist, K. K. (2021). The effect of misgendering on body dissatisfaction and dietary restraint in transgender individuals: Testing a misgendering-congruence process. *International Journal of Eating Disorders, 54*(7), 1295-1301.
- Norris, M., & Borneskog, C. (2022). The Cisnormative Blindspot Explained: Healthcare Experiences of Trans Men and Non-Binary Persons and the accessibility to inclusive sexual & reproductive Healthcare, an integrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare, 32*, 100733.
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 95-102.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health, 15*, 1-10.
- Rosati, F. (2020, November 21). *Oltre il binarismo di genere. Verso una psicoterapia inclusiva e competente* [Conference session]. L'incontro psicologico con le persone trans* e non-binary: una giornata di formazione sull'incongruenza di genere, Scuola di Psicoterapia Comparativa (SPC).
- Rosati, F., Lorusso, M. M., Pistella, J., Giovanardi, G., Di Giannantonio, B., Mirabella, M., ... & Baiocco, R. (2022). Non-binary clients' experiences of psychotherapy: Uncomfortable and affirmative approaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(22), 15339.
- Rowland, R. A. (2022). Gender Identity and Gender

- Scandurra, C., Mezza, F., & Bochicchio, V. (2019). Individui non-binary e genderqueer: Una review critica su salute, stigma e risorse. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, (21).
- Schudson, Z. C., & Morgenroth, T. (2022). Non-binary gender/sex identities. *Current opinion in psychology*, 101499.
- Schwartz, A. R., & Moravek, M. B. (2021). Reproductive potential and fertility preservation in transgender and nonbinary individuals. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 33(4), 327-334.
- Seay, A., Freysteinson, W. M., & McFarlane, J. (2014, July). Positive parenting. In *Nursing Forum* (Vol. 49, No. 3, pp. 200-208).
- Tasker, F., & Gato, J. (2020). Gender identity and future thinking about parenthood: A qualitative analysis of focus group data with transgender and non-binary people in the United Kingdom. *Frontiers in Psychology*, 11, 865.
- Vincent, B. (2020). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. In *Non-binary and Genderqueer Genders* (pp. 14-19). Routledge.
- Worthen, M. G., & Herbolsheimer, C. (2022). Parenting beyond the binary? An empirical test of norm-centered stigma theory and the stigmatization of nonbinary parents. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*, 18(5), 429-447.
- Worthen, M. G., & Herbolsheimer, C. (2023). “Mom and dad= cis woman+ cis man” and the stigmatization of trans parents: an empirical test of norm-centered stigma theory. *International Journal of Transgender Health*, 24(4), 397-416.
- Zanini, G. (2011). Abandoned by the State, betrayed by the Church: Italian experiences of cross-border reproductive care. *Reproductive BioMedicine Online*, 23(5), 565-572.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., ... & Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human reproduction*, 32(9), 1786-1801.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., ... & Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human reproduction*, 32(9), 1786-1801.

Zurlo, M. C. (2009). Percorsi della filiazione.