

ESPERIENZE TRANS + NON BINARIE NEI SERVIZI SANITARI DI MATERNITA'

Risultati del sondaggio, rapporto e raccomandazioni

Siamo LGBT Foundation¹. Crediamo in una società giusta ed equa dove tutte le persone lesbiche, gay, bisessuali e trans possono raggiungere il loro pieno potenziale. Il nostro lavoro è iniziato nel 1975 e da allora abbiamo cambiato la vita delle persone LGBT. Negli ultimi cinquant'anni abbiamo fornito informazioni, servizi e sostegno alla comunità LGBT, persone che non avevano nessun altro a cui rivolgersi. Siamo stati in prima linea nei cambiamenti sociali e legali il che significa che le persone LGBT nel Regno Unito hanno più diritti di quanto abbiano mai avuto in passato. Il nostro lavoro è più vitale e urgente che mai. Le persone LGBT devono ancora affrontare persecuzioni, discriminazioni e forti disuguaglianze sanitarie. Attraverso i nostri servizi riduciamo l'isolamento tra le nostre comunità e aiutiamo le persone a sentirsi più fiduciose e in controllo della propria vita e consentire alle persone di prosperare. Ogni anno siamo contattati da 40.000 persone, amplificando la voce delle persone, fornendo sostegno e offrendo speranza. Lavoriamo in collaborazione con altri per costruire una comunità LGBT forte, coesa e influente e per promuovere un cambiamento di atteggiamento nella società, raggiungendo 600.000 persone online ogni anno. Insieme possiamo garantire un futuro sicuro, sano ed equo per tutte le persone LGBT. Fino ad allora, se hai bisogno di noi siamo qui.

¹ LGBT Foundation è un ente di beneficenza nazionale con sede a Manchester con un ampio portafoglio di servizi. Con una storia che risale a quasi 40 anni fa, si batte per una società giusta ed equa in cui tutte le persone lesbiche, gay, bisessuali e trans possano raggiungere il loro pieno potenziale. Sito web: <https://lgbt.foundation/>

Sintesi

Il progetto Improving Trans Experiences of Maternity Services (ITEMS) è un progetto di ricerca collaborativo commissionato dalla Health & Wellbeing Alliance, che è gestito congiuntamente dal Dipartimento di sanità e assistenza sociale (DHSC), Public Health England (PHE) e NHS England e NHS Improvement (NHSE&I). Il progetto è sostenuto dal partenariato nazionale LGBT, il partenariato per l'apprendimento trans (TLP) e il partenariato Alleanza per la salute e il benessere delle comunità e delle imprese sociali (VCSE HWA).

Le esperienze di gravidanza delle persone trans e non binarie sono spesso sensazionalizzate, con notizie concentrate esclusivamente sulla presunta novità dell'"uomo incinto" invece che concentrarsi sugli specifici bisogni sanitari e assistenziali di questa comunità. Il Regno Unito ha annunciato non uno, ma due "primi" uomini incinti, sia nel 2012 che nel 2017, e tali annunci non riescono a rendere giustizia alle vite dei tanti uomini trans e persone non binarie che hanno partorito sia prima che dopo questi annunci.

Questo rapporto mira a far luce sulle numerose e varie esperienze, intuizioni ed esigenze di uomini trans e persone non binarie che hanno avuto accesso ai servizi perinatali. Dovrebbe essere particolarmente utile per i professionisti perinatali, gestore dei servizi, i commissari e politici. Tuttavia, chiunque sia interessato all'assistenza sanitaria trans o al miglioramento dei servizi per le comunità emarginate troveranno utile il contenuto di questo rapporto. Abbiamo riscontrato numerosi esempi di esperienze negative, assistenza peggiore e pazienti e loro bambini che sono stati messi a rischio. Queste disuguaglianze erano particolarmente evidenti per uomini trans e persone non binarie emarginate, in particolare uomini trans e persone non binarie intervistate che erano nere e persone di colore.

Abbiamo anche trovato molti esempi di uomini trans e persone non binarie gestanti che si sono riuniti in comunità per sostenersi a vicenda. Abbiamo trovato esempi di innovazione e migliori pratiche, in cui le persone trans e non binarie si sono sentite ascoltate, rispettate e supportate dai servizi perinatali a cui hanno avuto accesso. Questi erano casi in cui le loro ostetriche e i servizi nel loro complesso hanno adottato un approccio proattivo all'inclusione di genere, a partire dall'uso del linguaggio e che hanno fornito opzioni di cura chiaramente incentrate sui bisogni dei singoli pazienti. Grazie a tutte le persone che hanno sostenuto questo progetto. Grazie soprattutto alle persone trans e non binarie che hanno condiviso con noi in maniera onesta le loro esperienze talvolta molto dolorose attraverso sondaggi o interviste. Ci auguriamo che questo rapporto renda giustizia alla loro generosità e stimoli il cambiamento necessario per garantire che ogni persona trans e non binaria gestante possa ricevere le cure che merita.

Prefazione

Ho tre figli istruiti a casa, un'aspirante carriera da scrittore e, nel complesso, una vita frenetica. Tuttavia, quando sono stato invitato a partecipare al progetto ITEMS, non ho esitato, ero d'accordo. C'è qualcosa di speciale in questo progetto. I miei primi due figli sono nati in Israele. Sono stata la prima persona apertamente trans, post-transizione a partorire lì. È stata un'esperienza piuttosto traumatica, in molti sensi, soprattutto quella della nascita del mio figlio maggiore: mi sentivo invisibile, mi chiamavano donna e mamma e mi dicevano che non ero quello che io dicevo di essere. Mi hanno fatto vergognare del mio corpo, che è diverso, e messo in discussione la mia capacità genitoriale, quando un assistente sociale è stato mandato nella mia stanza dopo il parto - solo perché ero trans. Mi sono state poste domande irrilevanti e invadenti, ma non sono stata ascoltata. La mia terza gravidanza, che purtroppo ho perso, e la quarta, che si è conclusa con la nascita della terza bambina, eravamo qui, in Inghilterra. Le mie esperienze erano un mondo diverso. Il sistema qui è molto diverso, e sappiamo per certo che è a corto di personale e di finanziamenti e che soffre di vari altri problemi. Tuttavia, quasi tutte le persone che ho incontrato in quella che si è rivelata una gravidanza piuttosto complicata, sono state rispettose e gentili, e ho sentito in molti di loro la volontà di imparare e migliorarsi. Ero rispettato come la persona che più conosce se stesso e non mi è mai stato data mai l'impressione opposta: che qualcuno sapesse di cosa avevo bisogno meglio di me. Vedo questo progetto come se facesse proprio questo, ma su una scala più ampia. Sento che il servizio sanitario nazionale nel suo insieme vuole migliorare nel trattare le persone trans e queer, e io ho apprezzato che questo includesse l'ascolto delle esperienze di vita reale delle persone trans, oltre che vari altri esperti. Questo progetto, del quale sono molto orgoglioso di aver preso parte, ne è un ottimo esempio, una sorta di collaborazione tra le persone all'interno del sistema medico sanitario e loro assistenti. Credo davvero che questo sia il futuro dell'assistenza sanitaria trans, dell'assistenza alla gravidanza e dell'assistenza sanitaria generale.

Yuval Topper Membro del gruppo direttivo ITEMS

Nonostante i progressi compiuti verso l'uguaglianza LGBTQ+ nel Regno Unito, è innegabile che le nostre comunità devono ancora affrontare ostacoli significativi verso una vita felice. La ricerca della Fondazione LGBT sulle disuguaglianze sanitarie per le persone LGBTQ+, pubblicata nel rapporto 2020 Hidden Figures lo ha dimostrato. Le persone LGBTQ+ nel Regno Unito sperimentano differenze ingiuste ed evitabili a livello fisico e di salute mentale rispetto alla popolazione generale. Ciò può essere attribuito a una varietà di cause, compresi i vari modi in cui ancora si manifestano l'omofobia, la bifobia e la transfobia nella nostra società. Purtroppo c'è stato un aumento della discriminazione verso le persone LGBTQ+ negli ultimi anni, compreso un forte aumento dei crimini d'odio e delle molestie, un aumento della disinformazione sulle nostre comunità e sfide in ambito politico e legislativo che limitano l'accesso ai diritti e alla dignità. Ciò è stato particolarmente difficile per le persone transgender e persone non binarie, poiché tendono ad essere prese di mira in modo sproporzionato. L'impatto della transfobia è evidente nel modo in cui sono state trattate le gravidanze delle persone trans e non binarie le cui esperienze sono state sensazionalizzate nella società e nei media. Uomini trans e non binari genitori sono spesso incasellati nel linguaggio cis-binario preesistente, soprattutto in quella sfera di concetti come paternità e maternità. Questo spettacolo altamente genderizzato ha una diretta influenza sul modo in cui l'assistenza e il supporto vengono offerti attraverso i servizi di maternità, anche con il nome del servizio a cui viene assegnato il genere. Nonostante queste sfide, c'è stata una manifestazione di sostegno incondizionato all'interno delle comunità, inclusa l'offerta di pari sostegno e apprendimento collettivo. I servizi sanitari devono intensificarsi e fornire i servizi di assistenza di cui gli utenti hanno effettivamente bisogno - e meritano - invece di dover cercare di colmare le lacune da soli. Il progetto ITEMS è il progetto

di ricerca più completo su questo argomento nel Regno Unito e mostra quanto il cambiamento sia disperatamente necessario per garantire che le persone trans e non binarie siano adeguatamente supportate durante la gravidanza e il parto. Una evidenza emersa è che 13 utenti del servizio abbiano urgente bisogno di veder rispettata la propria dignità e identità di genere per avere opzioni adatte alle loro esigenze e informazioni più complete per essere consapevoli circa l'assistenza migliore. Ciò è evidente sia negli esempi delle esperienze positive che sono state condivise con noi, che nei consigli per personalizzazioni e cure informate sul trauma emerse dalla ricerca. Il principio guida del progetto ITEMS è stato quello di mettere al centro le voci della comunità, facendo emergere i loro bisogni attraverso una ricerca solida ed etica. L'opera mette in luce le diverse esperienze delle persone ed è informato dalla partecipazione dettagliata della comunità e la guida di un gruppo direttivo. Il gruppo direttivo era composto da professionisti coinvolti nei servizi di maternità a tutti i livelli così come da persone trans e non binarie con esperienza vissuta nell'utilizzo di questi servizi. Ciò che il progetto dimostra fermamente è che la soluzione alle disuguaglianze sanitarie risiede nella capacità dei servizi di ascoltare i propri utenti e impegnare la volontà e le risorse necessarie per apportare il cambiamento. Il risultato finale di questi sforzi combinati può essere un'assistenza sanitaria veramente inclusiva della gamma di esperienze vissute da persone trans e persone non binarie ed è in grado di supportare e celebrare il viaggio unico di ogni individuo attraverso la gravidanza. Grazie a tutti coloro che sono stati coinvolti in questo progetto unico e molto importante.

Paul Martin OBE LGBT Foundation CEO

Risultati chiave

Questo rapporto include i dati del sondaggio "Migliorare le esperienze delle persone trans e non binarie nei Servizi di Maternità" (TEMS), interviste e raccomandazioni. I risultati di questo sondaggio rivolto a genitori gestanti trans e non binari, il più grande del suo genere in Europa, sono stati comparati a quelli del Sondaggio sulla commissione per la qualità dei Servizi di Maternità² (Care Quality Commission Maternity Services survey Acronimo MSS) per consentire il confronto sull'assistenza sanitaria alla maternità tra genitori gestanti trans e non binari e donne cis. Nel corso del sondaggio ITEMS, i genitori gestanti trans e non binari hanno riferito scarse esperienze di assistenza sanitaria. Rispetto al campione di donne cis del sondaggio sui servizi di maternità della Commissione per la qualità dell'assistenza, possiamo vedere una significativa disuguaglianza dell'esperienza riferita, con genitori gestanti trans e non binari che dichiarano una esperienza di più scarsa qualità in ogni campo indagato dai sondaggi. L'indagine ha rilevato che c'erano notevoli disuguaglianze quando si considerava il "freebirthing" (parto libero) definito come esperienza di parto senza aver mai avuto accesso all'assistenza sanitaria perinatale. Per sua stessa natura è difficile sapere quante persone hanno avuto parti liberi; i dati dell'Ufficio per le statistiche nazionali³ ha mostrato che il 2,4% delle donne che hanno partorito nel 2020 hanno partorito a casa (ONS, 2020). Questo naturalmente include le donne che hanno avuto accesso all'assistenza sanitaria della maternità ma hanno scelto di partorire a casa, oppure coloro che hanno partorito prima di poter arrivare al luogo di nascita. Il 30% del nostro campione del sondaggio ITEMS ha riferito di non aver avuto accesso al servizio sanitario nazionale o al supporto privato durante la gravidanza o le gravidanze. Questa percentuale è salita al 46% se si considerano

2 Sondaggio effettuato dalla Care Quality Commission, ente di controllo della qualità servizi sanitari in Gran Bretagna.

3 L'istituto nazionale di statistica della Gran Bretagna

i genitori gestant3 trans e non binari di colore (parents of colour). Questo è un numero estremamente alto considerando i rischi associati al parto libero. Ulteriori risultati suggeriscono che la motivazione al parto libero era probabilmente dovuta al desiderio di evitare servizi di maternità piuttosto che a non volere la presenza di un'ostetrica, con oltre la metà (53%) de3 intervistat3 che hanno partorito con parto libero che concordano sul fatto che sarebbe stato utile avere un'ostetrica vicino per sostenerl3 durante la gravidanza. Inoltre solo il 20% di coloro che hanno partorito liberamente hanno dichiarato di fidarsi di accedere ai servizi di maternità anche se ne avessero sentito la necessità. Quando hanno avuto accesso all'assistenza di maternità, i genitori gestant3 trans e non binari hanno riportato livelli inferiori di rispetto e dignità nella loro assistenza, quasi 3 genitori trans e non binari su 10 hanno affermato di non essere stat3 trattat3 con dignità e rispetto durante il travaglio e il parto, rispetto ad appena il 2% delle intervistate del sondaggio sui servizi di maternità della Commissione per la qualità dell'assistenza (MSS). Gli intervistati del sondaggio ITEMS hanno inoltre segnalato una mancanza di informazioni sul loro processo di parto, sulla nutrizione del propr3 bambin3 e sui potenziali cambiamenti nella salute mentale dopo il parto. Il campione di genitor3 gestant3 trans aveva il doppio delle probabilità di affermare di non aver ricevuto sostegno e incoraggiamento riguardo all'alimentazione rispetto al campione delle donne cis e quasi tre volte più propens3 a dichiarare di non aver ricevuto la risposta d'aiuto di cui avevano bisogno quando contattavano un'ostetrica o un'équipe sanitaria. I risultati provenienti dai campi delle risposte aperte del sondaggio e dalle interviste hanno anche suggerito che durante la gravidanza i genitori trans e non binari spesso nascondevano il loro genere o il la loro identità trans per poter destreggiarsi in modo più sicuro nell'assistenza sanitaria ed evitare la transfobia. La paura di un'assistenza di scarsa qualità era spesso aggravata da altre esperienze di discriminazione come il razzismo. Per alcune persone del campione questa paura di ricevere una assistenza scadente era legata a esperienze pregresse di scarsa qualità di assistenza sanitaria ricevuta come persone trans e questo l3 ha fatto decidere di nascondere la loro identità di genere. Tra queste esperienze di scarsità nell'assiistenza sanitaria sono state riportate il misgendering, il linguaggio non inclusivo, l'ignoranza sulla storia clinica del genitore gestante, la mancanza di empatia, la non somministrazione di antidolorifici, la mancanza di informazione sulla nutrizione del bambino.

Riepilogo dei risultati principali

I risultati riportati per i genitori gestant3 trans e non binari nel sondaggio ITEMS erano costantemente peggiori su tutta la linea rispetto ai risultati comparabili del sondaggio sui servizi di maternità della Care Quality Commission (CQC) del 2019.

Il **30%** de3 intervistat3 trans e non binari non ha avuto accesso a nessun servizio sanitario nazionale o privato durante la gravidanza o le gravidanze.

Il **54%** de3 intervistat3 trans e non binari che hanno partorito liberamente avrebbe trovato utile avere un'ostetrica che l3 sostenesse durante il travaglio e il parto

L'**80%** de3 intervistat3 trans e non binari che hanno partorito liberamente non si sentiva sicuro di poter accedere in sicurezza ai servizi di maternità se necessario.

Il **41%** de3 intervistat3 trans e non binari ritiene di aver visto rispettato il proprio genere in ogni fase dell'assiistenza prenatali.

Il 28% de3 intervistat3 trans e non binari ha affermato di non essere stat3 trattat3 con dignità e rispetto durante il travaglio e il parto rispetto ad appena il 2% del campione MSS⁴.

<50% Meno della metà de3 intervistat3 trans e non binari ritiene che le proprie decisioni intorno all'alimentazione de3 lor3 bambin3 siano state sempre rispettate dalle ostetriche, rispetto a 85% del campione MSS.

GLOSSARIO

Ci sono termini in questo rapporto con i quali le persone potrebbero non avere familiarità o non essere di chiara comprensione.

Forniamo un glossario dei termini per garantire che la terminologia utilizzata in questo rapporto sia comprensibile. Riconosciamo che alcuni di questi termini potrebbero essere intesi in modo diverso da persone diverse e quindi questo glossario fornisce informazioni su come vengono utilizzati in questo rapporto. I termini qui utilizzati non sono esaustivi e il linguaggio dovrebbe sempre essere guidato dall'individuo.

Nutrizione del bambino al seno/al petto: Terminologia inclusiva che si riferisce all'allattamento di un bambino. La terminologia classica "allattamento al seno" può indurre disforia o disagio per i genitori trans e non binari e alcuni potrebbero scegliere termini alternativi come "allattamento al petto" o "allattamento al corpo" (ndt).

Cisgender: persona la cui identità di genere corrisponde a quella assegnata alla nascita

Persone disabili: All'interno del modello sociale della disabilità, l'attenzione non è posta sulla menomazione, disabilità o condizione a lungo termine, ma invece sul modo in cui la società esclude le persone con disabilità come i problemi di mobilità, condizioni di salute mentale o disturbi sensoriali. In questo modello le persone disabili sono rese tali dalla società.

Disforia: Una sensazione di disagio o angoscia derivante dalla percezione di appartenere ad un genere diverso dal proprio sesso di una persona trans o non binaria. Questo può variare di intensità, e in alcuni casi può portare a un disagio significativo. Qualcuno può provare disforia per il modo in cui viene trattato dalla società o dagli altri o può sperimentare disforia in relazione al proprio corpo. Se qualcuno soffre di disforia, potrebbe dire di sentirsi "disforico".

Parto libero: Partorire senza mai accedere all'assistenza sanitaria perinatale.

Frontale/Inferiore/Vaginale: Alcuni uomini trans e persone non binarie si sentono a disagio nel riferirsi alla vagina con questo termine, e quindi optano per l'uso di termini alternativi come parto frontale anziché vaginale.

Intersex: Un termine generale usato per riferirsi a individui nat3 con, o che si sviluppano naturalmente durante la pubertà, caratteristiche sessuali biologiche che non sono tipicamente maschili o femminili. Cioè, una persona intersessuale nasce con cromosomi sessuali, genitali esterni o un sistema riproduttivo interno che non è considerato tipico per un maschio o una femmina. Alcune di queste persone potrebbero usare il termine intersessuale per descrivere se stessi, altri possono usare termini come Disturbi dello sviluppo sessuale o variazioni delle caratteristiche sessuali. È importante usare la terminologia che queste stesse persone scelgono di usare per descriversi.

4 Il sondaggio sull'assistenza sanitaria nelle maternità del Care Quality Commission e (vedi nota 2 e glossario)

Servizi di maternità: I servizi di maternità sono i fornitori di servizi sanitari che riguardano l'intera gravidanza, il travaglio e il parto, e dopo la nascita fino a sei settimane. Questi servizi possono includere il monitoraggio della salute e benessere del genitore e de bambine, l'educazione sanitaria e assistenza durante il travaglio e il parto.

Esempio di rispondenti MMS: Si riferisce alle persone che hanno completato il sondaggio del 2019 del NHS England sui servizi di maternità della Commissione per la qualità dell'assistenza.

Misgendering: Riferirsi a qualcuno utilizzando termini di genere errati, pronomi errati o trattandol3 secondo il genere errato.

Assistenza perinatale: Assistenza fornita durante la gravidanza, prima, durante e dopo il parto. Include anche la cura de bambine durante il primo anno di vita.

People of colour⁵ (PoC): Neri, asiatici, misti e altre persone che hanno sperimentato la razzializzazione e il razzismo.

QTIPOC: Persone Queer, Trans and/or Intersex di colore.

Trans: Qualcuno la cui identità di genere non corrisponde o non si adatta tranquillamente con il sesso assegnato alla nascita. Ciò può includere le persone non binarie, sebbene non tutte le persone non binarie si definiscano trans.

Genitore trans gestante: Un genitore che ha portato avanti una gravidanza e poi ha partorito e che è una persona transgender.

LETTERATURA SCIENTIFICA

Al fine di costruire questo progetto di ricerca, all'inizio del progetto è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica. Questa revisione della letteratura è stata progettata per identificare le conoscenze attuali sugli ostacoli di accesso, i risultati e le esperienze dei genitori trans e non binari durante la gravidanza e il parto. Parecchi temi importanti sono emersi in questa revisione della letteratura. Per questa revisione, abbiamo identificato due filoni rilevanti della letteratura. Il primo è ciò che è specifico per i genitori trans e non binari nell'esperienza del parto. Per questo ci siamo basati principalmente sulle informazioni pre-esistenti della letteratura riguardo ai genitori gestant3 trans, un elenco regolarmente aggiornato di oltre 350 articoli creati congiuntamente da3 studios3 dei genitori gestant3 trans A.J. Lowik (University of British Columbia), Juno Obedin-Malliver (Università di Stanford) e Ruth Pearce (Trans Learning Partnership). Questi risultati sono stati integrati con ricerche su Google Scholar, utilizzando le parole "trans", "transgender" e "non binario" insieme alle parole chiave pertinenti: "gravidanza", "nascita", "maternità", "prenatale", "antenatale", "postnatale", "postpartum", "allattamento al seno", "allattamento al petto" e "allattamento". Gran parte della letteratura che abbiamo trovato era più esperienziale o sociale, ed esaminava i modi in cui le persone trans e non binarie sperimentano la gravidanza e il modo in cui vengono percepite nella società. Inoltre, esiste una notevole quantità di ricerche sul trattamento della fertilità e la preservazione della fertilità, che non rientra nell'ambito di questo progetto. Un tema costante nella letteratura era il modo in cui le persone trans e non binarie incinte sono spesso rese invisibili o incomprensibili dall'esterno (ad

5 Nella traduzione si è mantenuta la dicitura inglese in quanto in italiano "persone di colore" non è una locuzione accettabile

esempio Hoffkling et al., 2017; Landau, 2012; Halberstam, 2010). Ci sono diverse ragioni collegate a questo, che hanno conseguenze importanti per l'accesso delle persone trans e non binarie ai servizi di maternità e a tutti gli aspetti dell'assistenza perinatale. Ciò crea una serie di sfide per i genitori gestant3 trans e non binari. Nell'accesso ai servizi, alcuni genitori trans e non binari fingono di essere donne cis (Hoffkling et al., 2017). Questo è spesso motivato dalla paura di discriminazione o violenza transfobica a presentarsi come una persona visibilmente incinta di genere maschile, e riflette il modo in cui le persone trans spesso si orientano con cautela nei servizi sanitari (Linander et al., 2019). Come strategia, fingere di essere cis comporta stress (Hoffkling et al., 2017) provocando ulteriori esperienze di disforia. Chi lo ha fatto, tuttavia, gli ha consentito di ricevere maggiori riconoscimenti e affermazioni come persona incinta. Una seconda strategia è nascondere la gravidanza al mondo esterno (Hoffkling et al., 2017). La portata di ciò può variare; alcuni3 potrebbero scegliere di rivelare la propria gravidanza a degli operator3 sanitar3 di fiducia, mentre altri3 potrebbero scegliere di non dirlo a nessun professionista sanitario. L'ultima possibilità per i genitori gestant3 trans e non binari è di presentarsi come apertamente trans e/o non binaria incint3. Ciò può esporre gli individui a un rischio maggiore di transfobia da parte del personale sanitario (Falck et al., 2020; MacDonald et al., 2020) e dal pubblico in generale, come si è visto nei casi in cui uomini trans che hanno avuto alta visibilità nella loro esperienza di essere incint3 e partorire (Landau, 2012; Beatie et al., 2020). Dove il personale sanitario non è preparato a fornire un supporto adeguato, ciò può avere conseguenze estreme per genitori gestant3 trans e non binari e le loro famiglie. Esempi tratti dalla letteratura includono un genitore gestante segnalato ai servizi di protezione dell'infanzia da un'ostetrica semplicemente perché era persona trans incinta (MacDonald et al., 2020) e il parto di un bambino nato morto in un ospedale degli Stati Uniti dopo che le infermiere inizialmente si erano rifiutate di credere che il padre fosse una persona incinta (Stroumsa et al., 2019). Con questo in mente è comprensibile che alcune persone possono scegliere di nascondere la propria gravidanza, il proprio essere trans o entrambe le cose per sentirsi al sicuro. Così nella nostra ricerca, era importante porre a3 participant3 domande relative all'uso di un linguaggio appropriato e rispettando il loro genere, al fine di determinare se i servizi potrebbero vederli come persone di genere maschile o non binario e incint3. Un secondo tema presente in letteratura riguardava il linguaggio utilizzato nei servizi di maternità che è quasi interamente incentrato sul presupposto che chiunque abbia accesso alle cure sia una donna cis. Nella letteratura del servizio sanitario nazionale è attestato che ci sono stati progressi significativi nel riconoscere che non tutte le donne incinte abbiano un partner maschile, per riflettere il crescente numero di donne LGB che hanno figl3, o che non abbiano affatto un partner, per riflettere la possibile varietà della composizione familiare. Ciò dimostra che i cambiamenti nel linguaggio utilizzato riguardo alla nascita e all'assistenza perinatale sono possibili. Tuttavia, proprio la possibilità di genitori trans e non binari è raramente riconosciuta (Bower-Brown e Zadeh, 2020; Riddington, 2020) ed è visibile solo in pagine web isolate del servizio sanitario nazionale. Questo è forse il risultato dell'invisibilità delle persone trans e non binarie che rimangono incint3 e il modo in cui la gravidanza trans e non binaria viene spesso sensazionalizzata e vista come un evento "una tantum". Un terzo risultato importante è stato il rilevare la mancanza di letteratura sulle esperienze del parto all'interno dei servizi dei genitori trans e non binari. Sebbene esista una certa letteratura, spesso è più focalizzata sulla loro esperienza di gravidanza e come si siano mossi nella società come uomini incinti o persone incinte. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che molti progetti di ricerca sulla gravidanza trans e non binaria sono su scala internazionale, e il Regno Unito rappresenta un'eccezione nell'assistenza perinatale, con un tasso incredibilmente alto di donne e persone incinte che accedono a qualche forma di assistenza sanitaria. Allo stesso modo, c'è una tendenza all'interno della letteratura a concentrarsi su alcuni aspetti della gravidanza, molti dei quali sono incentrate sull'allattamento al seno o al petto o sulla fertilità, piuttosto che sull'utilizzo dei servizi. Questo potrebbe essere perché la fertilità e l'allattamento sono luoghi chiave di incomprendibilità, e pertanto hanno attirato più attenzione. Potrebbe anche

darsi che questi problemi siano stati finora una priorità per gli uomini trans e persone non binarie, e quindi altri progetti si sono concentrati su questi temi.

METODOLOGIA

Il progetto ITEMS è un progetto di ricerca coprodotto che si è svolto da settembre 2020 fino ad aprile 2021. Questo progetto è stato commissionato dalla Health & Wellbeing Alliance (<https://www.england.nhs.uk/hwalliance/>), gestito congiuntamente dal Dipartimento di Salute e assistenza sociale (DHSC), Public Health England (PHE) e NHS England e NHS Improvement. Il progetto è stato sviluppato come una partnership tra genitori gestant3 trans e non binari, ostetriche e altr3 medic3 con esperienza nel sostegno a genitori trans gestant3 durante la gravidanza, Dr Ruth Pearce, il Trans Learning Partnership, NHS England's LGBT Health Team, il NHS Maternity Transformation Programme, il Lived Experience Alliance, Disability Rights UK, Gender Inclusive Midwives, il Race Equality Foundation e il National LGBT Partnership. Come progetto coprodotto era essenziale che tutte le voci del gruppo direttivo fossero considerate uguali, pur dando centralità a chi ha una esperienza vissuta. Il gruppo direttivo si è riunito per tutta la durata del progetto al fine di fornire input per la progettazione dell'indagine, la progettazione dei focus group, la divulgazione dei risultati e la modalità di tale divulgazione in modo che i risultati continuino ad avere significato oltre la fine del progetto. Il progetto ITEMS è stato uno studio con metodi misti, che ha raccolto principalmente dati quantitativi attraverso una indagine e raccolta di dati qualitativi per mezzo di interviste semi-strutturate. Il nostro sondaggio è stato eseguito dal 9 novembre 2020 al 28 marzo 2021, e in quel periodo sono arrivate 121 risposte valide. Ciò lo rende uno dei più grandi studi sulla gravidanza trans a livello globale e il più grande al di fuori degli Stati Uniti. Ciò aggiunge una ulteriore prova alla crescente evidenza che esiste un numero di persone trans e non binarie che rimangono incinte e questo numero sembra essere in aumento. Poiché attualmente il servizio sanitario nazionale non registra in modo coerente lo status di persone trans e non binario nei servizi di maternità, o ovunque nei suoi servizi, questo è uno studio unico sulle esperienze di questa comunità. È anche importante notare che ci sono pochissimi dati raccolti sul numero di persone trans e non binarie nel Regno Unito nel suo insieme. Il Government Equality Office stima che ci siano tra 200.000 e 500.000 persone trans nel Regno Unito (GEO, 2018). Inizialmente abbiamo iniziato a promuovere la nostra indagine attraverso piattaforme di social media come Twitter, Facebook e Instagram e i membri del gruppo direttivo hanno condiviso il sondaggio all'interno dei loro circoli sociali e reti professionali, ove opportuno. Nel gennaio 2021 è diventato evidente che il coinvolgimento delle persone trans *of colour* era significativamente inferiore a quanto avrebbe dovuto essere. Pertanto, abbiamo incentivato le risposte ai sondaggi per *people of colour*, creando ulteriori materiali di sensibilizzazione e sono stati adottate altre misure per aumentare tale rappresentanza all'interno del campione. Gli intervistat3 asiatic3 e asiatic3 britannic3 erano ancora sottorappresentat3 nel campione finale. Dalla nostra analisi iniziale e dalle discussioni di gruppo, abbiamo deciso che due aree avrebbero beneficiato di ulteriore esplorazione attraverso la ricerca qualitativa. Volevamo esplorare le esperienze dei genitori gestant3 trans e non binari che hanno dovuto nascondere la loro gravidanza o la loro identità. A causa delle conoscenze esistenti sulle disuguaglianze estreme che devono affrontare le donne cis *of colour* durante la gravidanza e il parto, volevamo anche affrontare gli effetti della razza su3 participant3 attraverso uno studio mirato sui genitori trans e non binari *of colour*. Per fare in modo di aumentare le risposte delle persone *of colour* è stato intrapreso un ulteriore lavoro di consulenza con LGBT Foundation's Queer e il programma Trans and/or Intersex Person of Colour (QTIPOC). Due consulenti indipendenti hanno fornito esperienza nel fare ricerche con persone *of colour*. Come persone queer *of colour* a loro volta, questi consulenti hanno contribuito a promuovere ulteriormente l'indagine presso le comunità interessate e modellare la direzione delle interviste. La comprensione delle interviste ha avuto successo, il che potrebbe

essere stato perché i partecipanti si sentivano più sicuri nel partecipare ad una intervista piuttosto che a un gruppo di discussione. Tutte le interviste sono state anonimizzate.

RISULTATI DEL SONDAGGIO

Dati demografici

Nel nostro sondaggio abbiamo voluto riconoscere il modo in cui gli individui possono percepire il proprio genere e riconoscerlo, con la consapevolezza che questo può avvenire in molti modi e può anche variare nel tempo. Abbiamo quindi consentito ai partecipanti di selezionare più opzioni. Mentre la maggior parte dei partecipanti si identifica come uomini o come non binari, molti hanno scelto anche opzioni aggiuntive. La maggioranza (57%) di coloro che si sono identificati come non binari ha selezionato una opzione aggiuntiva. Coloro che hanno selezionato "In un altro modo", descrivevano il loro genere in diversi modi, tra cui "trans masc" e "Non mi serve una etichetta".

"Come descriveresti il tuo genere?": 85 risposte valide: 28% Uomo, 1% Donna, 37% Non binario, 4% Agender, 4% Genderqueer, 3% Gender fluid, 1% Bigender, 16% Transmasculine, 1% Demiboy, 4% In altro modo.

Poiché questa ricerca si concentra sulla gravidanza, non sorprende che il campione fosse prevalentemente giovane, con un'età media di 31 anni. La maggior parte dei partecipanti aveva partorito negli ultimi 10 anni, con la cifra più che raddoppiata in ogni quinquennio dal 2006 in poi. Molti partecipanti hanno partorito più di una volta, motivo per cui il numero totale delle risposte è superiore al totale numero di intervistati. Tre partecipanti aspettavano un bambino al momento dell'intervista.

"In che anno hai partorito?": 124 risposte valide: 4% prima del 1991, 2% 1992-1995, 2% 1996-2000, 4% 2001-2005, 25% 2006-2010, 55% 2016-2020

"A che età hai partorito?": 85 risposte valide: 5,9% 20-24 anni, 45,9% 25-29 anni, 27,1% 30-34 anni, 11,8% 35-39 anni, 7,1% 40-44 anni, 1% 44-49 anni, 1% 55-59 anni

La maggioranza degli intervistati non aveva alcun credo religioso o era atea, seguita da due gruppi maggioritari: persone che si identificano come ebrei e persone che si identificano come cristiane. C'era un'opzione per registrare altre credenze nella categoria "altro, specificare", tre dei intervistati che hanno utilizzato questa categoria si sono descritti come "pagani" e un intervistato ha descritto la sua fede come "religione tradizionale africana", quindi queste sono state registrate in modo da riflettere il loro credo.

"Qual è la tua religione o credo, anche se non stai praticando attualmente?": 11% agnostico, 10% buddista, 13% cristiano, 13% ebreo, 8% musulmano, 32% ateo, 4% pagano, 5% sikh, 1% religione tradizionale africana, 4% hindù

25 persone su 85 intervistati (29%) hanno dichiarato di considerarsi persone disabili, e questa percentuale è superiore alla prevalenza stimata nella

popolazione generale (22%)⁶. Nella risposta alla domanda facoltativa in cui potevano essere forniti maggiori dettagli, molti hanno menzionato problemi di salute mentale come depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico. Sono stati comunemente segnalati anche dolore cronico e problemi articolari. Alcuni partecipanti hanno riferito di essere autistici o di avere l'ADHD, e tra questi alcuni hanno evidenziato la complessità di non definirsi disabili laddove gli altri potrebbero considerarli tali. Ciò evidenzia le questioni particolari relative alla definizione della disabilità. In questo progetto, abbiamo utilizzato un modello sociale di disabilità, in cui una persona è disabile a causa della società che non riesce a soddisfare le sue esigenze. Le persone intervistate bianche avevano quasi il doppio delle probabilità di considerarsi disabili rispetto alle persone *of colour*.

Ti consideri una persona disabile? (Ciò può includere menomazioni, condizioni a lungo termine, e condizioni di salute mentale): 71% no, 29% sì

Il 52% degli intervistati si identifica come bianche britanniche, con un totale il 68% si identifica come bianche. Dopo iniziali bassi tassi di risposta da parte delle persone *of colour* (a gennaio appena l'8% del campione totale), è stato intrapreso un lavoro con il coordinatore del programma QTIPOC della Fondazione LGBT e consulenti indipendenti che erano persone *of colour*. Questo ha permesso che il lavoro fosse adattato per incentivare le risposte dalle persone *of colour*. Questa consulenza ci ha aiutato ad aumentare il tasso di risposta da parte delle persone *of colour*, anche se sono rimasti tassi di risposta bassi da parte di asiatici e britannici asiatici e nessuna risposta dal popolo cinese.

"Come descriveresti la tua etnia?": 51,8% Inglese bianca, 10,6% irlandese bianca, 8,2% Black or Black British African⁷, 10,6% Mixed White and Black Caribbean⁸, 3,5% Mixed White and Black African⁹, 2,4% Asian or Asian British Indian¹⁰, 2,4% altro background multirazziale

Le persone partecipanti al sondaggio hanno utilizzato una serie di termini per descrivere il loro orientamento sessuale e hanno potuto selezionare risposte multiple se lo desideravano. Queer non era elencato come opzione a causa di un

6 Office for National Statistics, (2021) Coronavirus and the social impacts on disabled people in Great Britain: February 2021

7 I Black British sono un gruppo multi-etnico di cittadini britannici di origine africana o afro-caribica

8 Mixed White and Black Caribbean sono una categoria di gruppo etnico introdotta per la prima volta dall'Ufficio per le statistiche nazionali del Regno Unito per il censimento del 2001. Colloquialmente si riferisce a cittadini britannici o residenti i cui genitori sono di origine etnica bianca e di origine etnica caraibica nera.

9 Mixed white and black african nel Regno Unito sono un gruppo multi-etnico e birazziale di residenti nel Regno Unito che si identificano con, o si ritiene abbiano, origini sia bianche che nere africane.

10 Asian British sono cittadini britannici di origine asiatica.

errore di progettazione, sebbene 6 intervistat3 lo avessero scritto e quindi le loro risposte sono state ricodificate. Tutte le persone lesbiche hanno scelto un genere diverso da donna.

"Come descriveresti il tuo orientamento sessuale?": 85 risposte valide: 4% asessuale, 30% bisessuale, 7% gay, 16% eterosessuale, 4% lesbica, 30% pansessuale, 6% queer

Lo stato occupazionale variava all'interno del campione, con la maggior parte delle persone rispondenti al questionario che affermava di avere una occupazione a tempo pieno. Sulla base del feedback del gruppo direttivo abbiamo aggiunto un'opzione di lavoro per "genitore che resta a casa", che si è rivelata una scelta popolare. Spesso veniva scelto in concomitanza con altre opzioni, come "assunto a tempo parziale". Alcune persone che hanno selezionato "Genitore che resta a casa" ha inoltre aggiunto ulteriori informazioni all'interno dell'opzione "altro". Di quell3 che hanno scelto altro, la risposta più comune è stata il lavoro autonomo o freelance.

"Qual'è il tuo stato lavorativo?": 94 risposte valide: 52% impiegato tempo pieno, 10% impiegato tempo parziale, 2% studente a tempo pieno, 2% studente a tempo parziale, 15% genitore che resta a casa, 11% disoccupato (idoneo sussidi), 1% disoccupato (non idoneo sussidi), 7% altro.

ACCESSO ALLE CURE

Il 30% delle persone intervistate non ha avuto accesso al servizio sanitario nazionale o al supporto privato durante il periodo della loro gravidanza o delle loro gravidanze. Questo alle volte viene definito "parto libero". Per sua stessa natura è difficile sapere quante persone hanno avuto un "parto libero", anche se i dati dell'Office for National hanno mostrato che il 2,1% delle donne ha partorito a casa (ONS, 2019). Questo ovviamente include le donne che hanno avuto accesso assistenza alla maternità ma hanno scelto di partorire a casa, e quelle che hanno partorito prima che potessero raggiungere l'ospedale o la clinica. Anche senza queste qualificazioni, il verificarsi di parti liberi all'interno del nostro sondaggio è 15 volte superiore alla percentuale di donne cis che partoriscono liberamente. Le potenziali ragioni dietro proporzioni così elevate di parti liberi tra gli uomini trans e le persone non binarie verrà esplorato attraverso l'indagine e i risultati riportati successivamente.

"Hai avuto il supporto del servizio sanitario pubblico o di ostetriche private durante la tua gravidanza?" : 117 risposte valide: 70% sì, 30% no. I livelli di rischio del "parto libero" non sono noti, poiché avviene al di fuori dell'assistenza sanitaria sebbene i ricercatori abbiano suggerito che i rischi potrebbero essere simili alla cosiddetta "Nascita prima dell'arrivo": nascite avvenute lontano da un ospedale o da un centro nascita, prima dell'arrivo di un'ostetrica. Le "nascite prima dell'arrivo" sono spesso non pianificate a differenza delle nascite libere, che spesso sono più programmate e quindi è possibile che vengono adottate misure per ridurre il rischio in situazioni di parto libero. Tuttavia, L'Organizzazione Sanitaria mondiale raccomanda che tutte le donne incinte ricevano cure qualificate durante il periodo della loro gravidanza, il parto e il ricovero. All'interno di questo campione, abbiamo scoperto che una percentuale maggiore di *people of colour* ha riferito di aver

avuto un "parto libero" (46%, rispetto al 28% delle persone bianche). Questa evidenza si riferisce in gran parte al razzismo medico storico e contemporaneo (Jeraj, 2021) che influenza anche i genitori trans e non binari *of colour*, ed è qualcosa che tocchiamo in alcune delle storie nella sezione dei casi di studio.

Nell'indagine è stato inoltre chiesto alle persone partecipanti se avessero avuto accesso alle seguenti forme di cura: assistenza prenatale, assistenza al travaglio e al parto e assistenza postnatale. I risultati hanno dimostrato che la minoranza del nostro campione ha avuto accesso all'assistenza postnatale piuttosto che all'assistenza prenatale e all'assistenza al travaglio e al parto. Le sezioni seguenti discutono le esperienze complessive che le persone hanno avuto quando hanno avuto accesso alle cure.

"A che tipo di assistenza le persone hanno avuto accesso"

1) Assistenza Prenatale: **72** risposte: **82%** sistema sanitario nazionale, **8%** sanità privata, **7%** non saprei, **3%**: nessun tipo di cura;

2) Travaglio e parto: **66** risposte: **79%** sistema sanitario nazionale, **9%** sanità privata, **5%** non saprei, **8%** nessun tipo di cura;

3) Assistenza postnatale: **60** risposte: **75%** servizio sanitario nazionale, **7%** sanità privata, **3%** non saprei, **15%** nessun tipo di cura.

1) Assistenza pre-natale: Abbiamo posto cinque domande nel sondaggio riguardo l'assistenza prenatale ed abbiamo anche previsto una casella di testo libera a fine sezione per poter descrivere eventuali esperienze o percezioni che 13 participant3 sentivano che non erano descritte dal sondaggio. Queste domande riguardavano le interazioni con le ostetriche, se il tipo di linguaggio usato fosse stato appropriato e il coinvolgimento nell'assistenza. Ciascuna delle domande del sondaggio è stata presa o adattata dal campione MSS in modo da creare dati comparabili. Ciò ci ha permesso di dimostrare che sono stati riportati risultati dell'esperienza dei genitori trans* e non binari gestanti costantemente peggiori su tutta la linea rispetto al campione MSS.

A1. "Durante i controlli prenatali, le tue ostetriche sembravano esserne a conoscenza della tua storia clinica?" risposte **70**: **36%** sempre, **36 %** a volte, **28%** no.

A2. " Pensando all'assistenza prenatale sei stato coinvolto nelle decisioni riguardo alle tua assistenza?" : **71** risposte: **66%** sempre, **31%** a volte, **7%** no.

A3. "Durante la gravidanza, se sei stata seguita da un team di ostetriche, ti hanno dato l'aiuto di cui avevi bisogno?": **58** risposte: **54%** sempre, **26%** a volte, **3%** no.

Osservando insieme le domande A2 e A3, possiamo vedere che, sebbene nessuna delle due domande sia esplicitamente rivolta ad indagare casi o luoghi di transfobia diretta, c'è una disuguaglianza nell'esperienza dei genitori gestanti trans e non binari e le donne cis. Dove 88% del campione MSS ha affermato che le proprie ostetriche erano sempre o a volte a conoscenza della loro storia clinica, solo il 72% dei genitori gestanti trans e non binari ha detto la stessa cosa. I genitori trans e non binari erano anche più propensi a dire che le ostetriche conoscevano la loro storia medica solo a volte (28% rispetto al 12% del campione MSS), ed avevano più del doppio delle probabilità di dire che la loro le ostetriche non erano a conoscenza della loro storia medica rispetto al campione MSS. Una mancanza di conoscenza della storia medica di un genitore biologico può avere conseguenze gravi e potenzialmente letali per il genitore e per il bambino. I genitori gestanti trans e non binari avevano meno probabilità di sentirsi coinvolti nelle decisioni che li riguardavano nell'assistenza rispetto al campione MSS, suggerendo che la loro assistenza era meno

personalizzata. Ciò è particolarmente importante considerando il numero di persone che hanno riferito di essere disabili o che convivono con una patologia a lungo termine all'interno di questo campione, che avranno meno probabilità di essere soddisfatti se non sono coinvolti nelle decisioni relative alla loro assistenza coerentemente alle loro esigenze sanitarie.

A4. "Pensando all'assistenza prenatale che hai ricevuto, è stato usato un linguaggio rispettoso del tuo genere? : 71 risposte: 41% sempre, 27% a volte, 22% no. Solo il 41% dei genitori gestanti trans e dei non binari sentivano che veniva usato con loro un linguaggio che rispettasse il loro genere in ogni momento. Questo significa che oltre la metà del campione ha sperimentato misgendering o mancanza di rispetto per il proprio genere durante le loro assistenze prenatali. Le persone che si erano identificate esclusivamente come persone non binarie erano molto meno propense a dire che veniva usato sempre un linguaggio che rispettasse il loro genere (28%).

A5. "Durante la gravidanza, le ostetriche hanno fornito informazioni rilevanti sull'alimentazione del tuo bambino? Ciò include l'utilizzo di un linguaggio appropriato o dei termini preferiti.": 58 risposte: 37% assolutamente, 31% alcuni aspetti, 33% no. Genitori gestanti trans e non binari avevano il doppio delle probabilità rispetto alle donne cis di rispondere "no" quando gli è stato chiesto se avessero ricevuto informazioni pertinenti sull'allattare il proprio bambino (32% rispetto al 14%). Solo il 37% ha dichiarato di aver sicuramente ricevuto informazioni pertinenti sull'alimentazione del loro bambino rispetto al 57% delle donne cis. Le persone non binarie erano più propense a dirle di non aver ricevuto informazioni pertinenti, con il 43% che ha dichiarato di non aver ricevuto nessuna informazione, e il 36% ha dichiarato di averle ricevute solo su alcuni argomenti. Ciò significa solo circa un quinto dei genitori gestanti trans e non binari ha sicuramente ricevuto informazioni pertinenti sull'alimentazione del loro bambino. Nelle domande A4 e A5 l'uso della lingua è importante e i risultati mostrano che un numero elevato di genitori gestanti trans e non binari riferisce di essere stati interpellati in un modo che non rispettava il loro genere o i loro corpi. Molti in questo gruppo riferiscono anche che le ostetriche non hanno fornito informazioni rilevanti sull'alimentazione dei loro bambini, e questo potrebbe essere potenzialmente attribuito a una mancanza di risorse e contenuti pertinenti, così come la necessità di un linguaggio più appropriato. Questo è preoccupante in quanto suggerisce un potenziale danno per il genitore che partorisce attraverso una interazione irrispettosa e verso il bambino dove ci sono domande irrisolte sull'alimentazione. Di questo si parlerà nella sezione dedicata all'assistenza postnatale, poiché anche le persone intervistate hanno segnalato disinformazione intorno all'alimentazione su richiesta e mancanza di consigli sull'attaccamento e sulla prevenzione del dolore ai capezzoli durante l'allattamento. La mancanza di un linguaggio appropriato e rispettoso utilizzato nei riguardi di genitori gestanti trans e non binari può contribuire alle loro esperienze di disforia. È anche importante considerare che alcune persone trans in gravidanza potrebbero aver dovuto mettere in pausa, ritardare, invertire o nascondere aspetti della loro transizione. Ciò può rendere ancora più grave l'esperienza della disforia. La disforia può essere molto angosciante e può portare a periodi di depressione, ansia, trascuratezza e bassa autostima. L'impatto di ciò è particolarmente rilevante perché le prove dimostrano che depressione, ansia e stress durante la gravidanza possono causare aborto spontaneo, basso peso alla nascita del bambino e conseguenze sullo sviluppo infantile (Schetter e Tanner, 2012).

Testimonianza: "Durante la maggior parte dell'assistenza che ho ricevuto, la mia identità non è stata messa in questione, ma il modo in cui le ostetriche interagivano con me era molto imbarazzante. Era come se si sentissero ansiose nel parlarne di gravidanza e parto intorno a me nonostante il fatto che a me non dava nessun fastidio, andava benissimo finché non mi misgenderavano". Persona agender, pansessuale, bianca britannica.

"Sentivo che non esisteva nella cornice della lingua usata un posto per le persone che non si identificano in un genere binario e questo ha reso la mia

esperienza sempre triggerante" persona non-binaria/no gender, queer, Black or Black British African , disabile.

2) Travaglio e assistenza al parto:

L1. "All'inizio del travaglio, ritieni che ti siano stati dati consulenza e supporto adeguati quando hai contattato un'ostetrica o l'ospedale?": 62
risposte: **85%** si', **15%** no.

Nonostante le risposte alla domanda L1 sono simili nei due campioni (genitori trans e non binari e donne cis), c'è comunque una disparità tra i genitori transgender e non binari e le donne cis nel dichiarare di aver ricevuto consulenza e supporto adeguato nel momento che hanno contattato un'ostetrica o un ospedale all'inizio del travaglio (85% contro 88% del campione). In particolare, questa disparità aumenta ulteriormente se si considerano le esperienze delle persone disabili, dove solo l'**81%** ha affermato di aver ricevuto consigli adeguati. Persone *of colour* hanno anche riportato livelli più bassi di consigli appropriati (**82%**).

L2. Durante il travaglio, il personale ti ha aiutato a creare un'atmosfera più confortevole per te nel modo che volevi? Questo include il tipo di reparto in cui ti trovavi, le immagini all'interno degli ospedali e se ti riflettessero o no": 60 risposte: **45%** decisamente, **35%** in parte, **20%** no. I genitori trans avevano più del doppio delle probabilità di ritenere che non ci fosse stato uno sforzo per creare un'atmosfera confortevole per il loro ambiente di nascita rispetto al campione di donne cis (20% rispetto al 9%) e hanno meno probabilità di ritenere che il loro ambiente di nascita sia stato decisamente migliorato nel modo desiderato (45% contro 63%). Dopo questa domanda, c'era spazio per scrivere di seguito ulteriori commenti al riguardo e fare alcuni esempi indicativi. Alcuni partecipanti hanno descritto esperienze negative di cura (o assenza di cure) e altri partecipanti hanno condiviso storie positive descrivendo come il personale ha contribuito a creare un'atmosfera più confortevole. Queste citazioni illustrano casi in cui ostetriche, medici e personale sanitario hanno fatto sforzi significativi per affrontare le esigenze individuali. Tuttavia, in particolare solo gli uomini hanno detto che gli è stata assegnata una stanza privata, mentre alcuni intervistati non binari hanno discusso di come fossero ancora collocati in una stanza con le donne, circostanza che in alcuni creava disforia o disagio. Una lezione importante da questi dati è che alcuni genitori gestanti trans e non binarie traggono grande beneficio dall'offerta di uno spazio privato, nonostante ogni genitore gestante possa avere preferenze diverse. Alcuni potrebbero non voler essere messi in stanze private, o essere a rischio di essere identificato come trans da altri. Il parto dei genitori trans e non binarie non dovrebbe essere trattato in maniera diversa in quanto tale ma invece ci dovrebbe essere un focus sulle loro scelte e le cure individualizzate.

Testimonianze: "Non sono dovuto andare in un reparto pieno di donne dopo il parto mi è stata effettivamente data una stanza privata per me e il bambino che è stato molto utile per me e la mia identità di genere" Uomo, gay, bianco britannico.

"Mi sentivo come se fossi spesso giudicato e così era una situazione complessivamente molto imbarazzante, in un'esperienza già scomoda. Alcuni membri del personale mi hanno addirittura trattato come se non lo fossi lì a partorire, e invece aspettavamo solo che il bambino uscisse. Non sembrava una situazione inclusiva - era tutta incentrata sul bambino, ignorando del tutto la mia esperienza e di come mi sentivo." Persona non binaria, Black or Black British African, disabile.

"Ho dovuto essere indotto dopo che mi si erano rotte le acque in casa. Abbiamo portato tutte le cose che avremmo avuto per il parto a casa all'ospedale, cosa che mi ha consentito di partorire in una stanza migliore per me dato che soffro

di disturbo da stress post-traumatico negli ambienti ospedalieri". Persona non binaria, bianco britannico, disabile.

"Ero nell'aria di triage del reparto di maternità tutta al femminile, in una zona con altri quattro genitori. Non ho sentito che questa esperienza mi rispecchiasse come genitore ed ero a disagio nel rimanere in uno spazio così genderizzato al femminile finché non sono stato finalmente trasferito in sala parto." Persona trans mascolina non binaria, bianco britannico.

L4. "Pensando alle cure che hai ricevuto durante il travaglio e parto, è stato usato con te un linguaggio che rispettava il tuo genere?": 61 risposte: 44% sempre, 30% a volte, 26% no. Un'ulteriore domanda è stata posta riguardo al rispetto del genere nel Sondaggio ITEMS poiché questo ha un impatto significativo sull'atmosfera durante il travaglio per i genitori trans. Più di 1 genitore trans su 4 ha dichiarato che durante il travaglio e il parto non gli era stato parlato in un modo che il loro genere venisse rispettato e un ulteriore 30% ha dichiarato che solo qualche volta gli veniva parlato rispettando il loro genere.

L5 "Ripensando alle cure ricevute durante il travaglio e il parto, ritenete di essere stato coinvolto circa queste cure?": 61 risposte: 52% sempre, 34% a volte, 13% no.

L6. "Pensando alle cure che hai ricevuto durante travaglio e parto, sei stato trattato con rispetto e dignità? Ciò include l'utilizzo del linguaggio che usi per il tuo corpo, riferendosi al tuo genere in modo corretto e utilizzando i pronomi giusti." : 61 risposte: 42% sempre, 30% a volte, 28% mai. Questa domanda presenta la differenza maggiore tra il campione ITEMS e il campione MSS (di donne cis) con solo il 43% dei genitori biologici trans e non binari che affermano di essere sempre stati trattati con rispetto e dignità rispetto all'89% del campione MSS. Il 28% di genitori trans e non binari ha affermato di non essere stato trattato con dignità rispetto durante il travaglio e il parto contro ad appena il 2% delle intervistate nel sondaggio MSS.

3) Assistenza postnatale:

P1. "Le tue decisioni su come volevi nutrire il tuo bambino sono state rispettate dalle ostetriche? Ciò include l'utilizzo di un linguaggio appropriato o l'uso di termini preferiti." : 48% sempre, 38% a volte, 14% mai. Meno della metà dei genitori trans nel campione ha percepito che la propria decisione in merito all'alimentazione del proprio figlio sia sempre stata rispettata dalle ostetriche, rispetto all'85% del campione MSS. L'assistenza dovrebbe essere sempre non giudicante e individualizzata, e questa domanda mostra che molti non hanno ricevuto questo standard di cura.

P2. "Hai sentito che le ostetriche e gli altri operatori sanitari hanno preso in considerazione le tue circostanze personali quando davano consigli sull'allattamento del tuo bambino? 57 risposte: 39% sempre, 32% a volte, 30% mai. Il 30% dei genitori biologici trans e non binari ha risposto "no" quando gli è stato chiesto se fossero state prese in considerazione le circostanze personali nel momento in cui gli operatori sanitari hanno fornito informazioni riguardo all'alimentazione per il bambino, questa percentuale era oltre 4 volte superiore alla percentuale di presente nel sondaggio MSS. Inoltre, solo il 39% dei genitori biologici trans e non binari hanno risposto "sì, sempre" a questa domanda, rispetto al 72% del campione MSS.

P3. "Hai sentito che le ostetriche e gli altri operatori sanitari ti hanno dato sostegno attivo e incoraggiamento sull'alimentazione del tuo bambino?": 57 risposte: 53% sempre, 30% a volte, 18% no. I genitori biologici Trans e non binari che avevano dichiarato di non aver ricevuto supporto e incoraggiamento riguardo all'alimentazione erano il doppio rispetto al campione MSS (17% contro 8%).

Testimonianza: "Volevo utilizzare un SNS¹¹ [supplemental nursing system] ho lottato ma mi sono dovuto arrendere. Anche l'anchiloglossia (o frenulo linguale corto) del mio bambino non è stata subito trattata, dando per scontato che non avrei allattato per niente, quando in realtà avrei potuto" Uomo, gay, bianco britannico.

P4 "Se hai contattato un' ostetrica o altr3 personale sanitario per visitarti, ti hanno dato l'aiuto di cui avevi bisogno?": 52 risposte: 55% sempre, 35% a volte, 12% no. I genitori biologici trans e non binari avevano quasi tre volte più probabilità di dire di non aver ricevuto l'aiuto di cui avevano bisogno quando contattavano un'ostetrica o un'équipe sanitaria, e avevano il doppio delle probabilità di affermare di aver ricevuto l'aiuto di cui avevano bisogno solo in una parte del tempo (rispetto al sondaggio MMS sulle donne cis).

P5. L'ostetrica o il team di ostertriche che hai visto sembravano essere a conoscenza della tua storia medica (cioè sull'assunzoine di testosterone, chirurgia al petto, chirurgia genitale) e quella del tuo bambino?": 57 risposte: 61% sì, 39% no. Quasi il 40% dei genitori biologici trans e non binari ha affermato che le proprie ostetriche o il proprio team ostetrico non erano a conoscenza della loro storia medica o della storia medica del loro bambino. Molti dei commenti che 3 participant3 hanno lasciato nella casella di testo libero del sondaggio alla domanda per l'assistenza postnatale erano correlati alla disforia.

Testimonianza: "Quando ho sofferto di depressione dopo aver avuto il mio bambino un'ostetrica ha suggerito che fosse perché nel "profondo" sapevo che non volevo più transizionare. E' stato un commento profondamente inutile e mi ha fatto sentire ancora peggio". Uomo, gay, bianco britannico.

P6. Ti sono state fornite informazioni su eventuali modifiche alla tua salute mentale che potresti esperire dopo il parto?": 58 risposte: 40% sempre, 45% a volte, 16% no.

P7. Ti è stato detto chi potevi contattare in caso di necessità per consigli su eventuali modifiche che avresti potuto riscontrare alla tua salute mentale dopo il parto?": 58 risposte: 71% sì, 29% no. Le domande P6 e P7 dimostrano che i genitori biologici trans e non binari sperimentano disparità di supporto nella salute mentale postnatale. Possiamo vedere che i genitori trans e non binari hanno ricevuto meno informazioni sui potenziali cambiamenti di salute mentale dopo il parto rispetto al campione MSS. Era anche meno probabile che venisse loro detto chi contattare per avere consigli per gli eventuali cambiamenti nella salute mentale dopo il parto rispetto al campione di donne cis. La disuguaglianza tra i gruppi è stata ulteriormente riscontrata nei commenti lasciati nelle caselle di testo libero del sondaggio.

Testimonianza: "Non potrò elogiare abbastanza la mia ostetrica per la salute mentale (nonostante il fatto che mi abbia spesso misgenderato), ma il resto della squadra non ha realmente riconosciuto o preso in considerazione di tenere conto della mia storia medica transgender." Persona trans-mascolina, bianco britannico.

"Nel complesso buono ma non mi hanno supportato completamente con la mia salute mentale. Mancanza di follow-up e informazioni fornite" Persona non binaria, Asian or Asian British Indian.

Il Supplemental Nursing System (SNS) è un dispositivo di allattamento specificamente progettato per aiutare madri e genitori ad allattare al seno/al petto fornendo latte al bambino mentre vengono allattati al seno/al petto.

La prima citazione dimostra che spesso i genitori biologici trans e non binari sperimentano il misgendering nell'accesso ai servizi. Spesso il misgendering è visto dalle persone trans e non binarie come inevitabile nell'accesso all'assistenza sanitaria anche se il suo potenziale impatto dovrebbe essere non sottovalutato, soprattutto considerata l'importanza dell'affermazione di genere in relazione alla dimensione salute mentale (Vega & Temkin, 2018). La seconda citazione dimostra ulteriormente i modi in cui il supporto per la salute mentale offerto ai genitori biologici trans e non binari possa essere considerato buono ma ancora insufficiente. I problemi di salute mentale possono avere un impatto non solo sul genitore, ma anche sulla salute e sullo sviluppo del bambino. Queste citazioni suggeriscono anche che le persone trans potrebbero aspettarsi uno standard inferiore di assistenza da parte dei servizi sanitari, potenzialmente a causa di esperienze passate negative. Un'aspettativa di un'assistenza scadente potrebbe contribuire all'alto numero di genitori che evitano accedere ai servizi di maternità.

P8. "Ti sono state fornite informazioni sul tuo recupero fisico dopo la nascita?": 58 risposte, 41% sempre, 47% a volte, 12% no.

P9. "Pensando all'assistenza postnatale che hai ricevuto, ti hanno parlato con un linguaggio che rispettava il tuo genere?": 58 risposte: 40% sempre, 32% a volte, 28% no. Quando si confrontano le domande che esaminavano se con le persone veniva usato un linguaggio che rispettava il loro genere nelle diverse fasi del processo di gravidanza, le proporzioni erano altrettanto basse in tutto il diversi ambiti di assistenza. La proporzione di intervistati che affermano che gli si sono rivolti in un modo che non rispettava il loro genere era più alto durante l'assistenza postnatale (27%), rispetto alle cure prenatali (22%) e al travaglio e assistenza al parto (26%). Solo il 40% dei genitori biologici trans e non binari sentiva che il loro genere era stato sempre rispettato durante l'assistenza postnatale.

PARTO LIBERO: Le risposte al questionario relative al parto libero suggeriscono che i genitori trans e non binari che hanno scelto il parto libero lo hanno fatto in maggioranza per evitare l'accesso alle maternità e non perché non volevano un' ostetrica con loro durante e dopo il parto.

Risultati del caso di studio

Inizialmente si prevedeva di organizzare dei focus group e delle interviste individuali come parte del progetto di ricerca. Tuttavia, le interviste individuali hanno avuto una migliore comprensione da parte dei partecipanti reclutati attraverso il sondaggio. Le interviste si sono concentrate attorno a due temi emersi dai risultati dell'indagine; il primo è il razzismo e la transfobia nell'assistenza perinatale, e il secondo è nascondere la propria gravidanza o il proprio genere. Il gruppo di ricerca ha coinvolto due persone queer of colour come consulenti ricercatori indipendenti per aiutare a progettare le domande dell'intervista e incorporare i principi antirazzisti nel processo di intervista. Ci sono alcune discussioni in questa sezione che i lettori potrebbero trovare sfidanti e in particolare volevamo includere avvertimenti sui contenuti relativi al razzismo, alla transfobia, alla discussione di lesioni e la riduzione al minimo del dolore e dei danni da parte dei professionisti medici. Abbiamo utilizzato la seguente guida alle domande prima di adentrarci in domande tematiche specifiche. Abbiamo adottato un approccio semi-strutturato, nel senso che queste domande fungevano più da guida per i facilitatori.

Come descriveresti la tua esperienza nel parlare della gravidanza con il personale sanitario? Come pensi che avrebbe dovuto essere?

Ci sono state interazioni trans-affermative con il personale sanitario? Perché? Cosa potrebbero fare gli altri medici per imparare da loro?

Ci sono state interazioni difficili/frustranti/negative con il personale sanitario in relazione al tuo genere? Perché? Cosa pensi abbia causato tutto ciò? Questo avrebbe potuto essere evitato? Come? Questo è stato risolto? Se no, avrebbe potuto essere?

In un mondo ideale, come dovrebbe essere l'accesso ai servizi sanitari per gli uomini trans e le persone non binarie incinte per: gravidanza e assistenza pre-parto, parto e assistenza post natale?

Esiste qualche supporto aggiuntivo per gli uomini trans e le persone non binarie incinte che potrebbero essere utili nell'affrontare la gravidanza, il travaglio, il parto e assistenza postnatale? Ad esempio gruppi di sostegno per mettere in contatto genitori biologici trans e non binari, maggiori risorse (ad esempio sulla salute dei bambini se non è possibile allattare al petto), supporto per la disforia.

Se potessi schiacciare le dita e apportare un cambiamento all'assistenza in maternità in questo momento per migliorare l'esperienza dei genitori trans naturali, quale sarebbe?

Tema 1: Razzismo e transfobia in ambito perinatale. Abbiamo parlato un po' sulle possibili esperienze di transfobia, quindi ora vorremmo parlare delle possibili esperienze di razzismo e come hanno interagito durante la tua gravidanza.

Tema 2: Nel sondaggio hai affermato di aver scelto di non fare coming out durante la gravidanza. Ci piacerebbe esplorare il motivo per cui è stato così, e quale impatto pensi che abbia avuto per te e il tuo bambino.

STORIA DI AMRIT

Amrit (loro/loro o lui/lui) è una persona non binaria, Indian British, che ha partorito alcuni anni fa. Non si sentiva a proprio agio nel dichiararsi non binaria durante la gravidanza, e così spesso lo nascondeva per poter accedere ai servizi senza timore di discriminazioni. Questo spesso significava che doveva trovare informazioni online. Di seguito descrive alcune delle sue frustrazioni e i modi in cui spesso ha faticato a trovare informazioni rilevanti: "Ho trovato molto supporto online, da altri gruppi e cose del genere. Quindi esistono luoghi online che parlano dell'allattamento al petto, e le possibili opzioni con l'alimentazione in un modo che non sia iperfemminile... e neanche ipermaschile, non voglio che si vada in un senso dove ci ritroveremo con l'allattamento al seno per le donne dove tutto sia morbido e rosa, e allattamento al seno per gli uomini dove poi è tutto blu e ruvido. Non credo che nessuna persona trans voglia questo, a dire il vero...Tipo, voglio solo informazioni su come allattare il mio bambino, in un modo che il mio ruolo non venga presupposto in base al mio genere, giusto? Perché ci sono tanti tipi diversi di famiglie anche adesso: ci sono genitori biologici trans e non binari come me, ci sono coppie di donne cisgender che si sono sottoposte alla fecondazione in vitro, puoi avere una coppia che si è rivolta ad una madre surrogata, puoi avere un uomo single cisgender che ha perso la sua compagna durante il parto...Come tutte anche queste persone avranno bisogno di informazioni su come nutrire il loro bambino, e alcune di queste informazioni andranno bene per tutt3, ma assumendo invece che in ogni caso che ci sia sempre una mamma e un papà che alleva quel bambino, ci sentiamo tagliati fuori." La storia di Amrit dimostra che le esperienze delle persone trans spesso si sovrappongono ad altre comunità che potrebbero ricevere cure inadeguate e che l'assistenza trans-inclusiva può migliorare anche le esperienze di queste altre comunità. Gran parte dell'esperienza di Amrit riflette le frustrazioni segnalate da3 participant3 al sondaggio, in particolare

la preoccupazione che le informazioni create per uomini trans e persone non binarie possano replicare gli stereotipi binari. Amrit fa emergere come esistono sempre più tipi diversi di famiglie, e quindi i ruoli binari di genere nella gravidanza e nella cura dei bambini non escludono solo i genitori trans, ma anche quelli di coppie dello stesso sesso, genitori single, genitori che utilizzano la surrogacy e altri. Amrit prosegue spiegando come il suo viaggio verso la creazione di una famiglia sia stato complesso, e i modi in cui le aspettative riposte su di lui/lei dalla sua famiglia interagivano con la queerness. "Mi ci è voluto circa un anno per pensarci prima di sapere [che rimanere incinta] era qualcosa che potessi fare. Ho sempre desiderato una famiglia... e penso che ci fosse una aspettativa nella mia famiglia che avrei sposato un buon uomo indiano e avrei avuto molti bambini...cosa che ho cercato di combattere per così tanto tempo come persona queer che poi ho avuto bisogno di un po' di tempo per rendermi conto del fatto che volevo davvero avere un bambino con il mio compagno. E quindi c'è questo grande sforzo che gli altri non devono fare, e poi dover rischiare domande invasive o cattiva assistenza perché non hanno già visto qualcuno come me." Alla fine, Amrit si è concentrato su ciò che voleva, ovvero una famiglia. Sebbene le complicazioni associate a questa esperienza, come la difficoltà ad essere accettati dalla famiglia, restano. Le persone trans dell'Asia meridionale spesso riferiscono livelli più elevati di rifiuto e pregiudizio da parte delle loro famiglie e possono anche affrontare barriere specifiche proprie dell'essere trans e dell'Asia meridionale (Khatun, 2018). Inoltre, si è verificato un episodio specifico di razzismo e transfobia che Amrit ha sperimentato durante il travaglio che dimostra come diverse forme di discriminazione si sovrappongono e interagiscono. "Una delle ostetriche che mi ha visto ha detto che era sorpresa che non ne avessi famiglia con me. Io avevo lì solo il mio compagno dal momento che la mia famiglia non è tutta dalla mia parte per il mio essere trans e pensavo che questo li avrebbe confusi ancora di più. "oh... sai che normalmente vedo tutte le donne della famiglia che sono presenti quando qualcuno sta partorendo, e di solito avrai la tua mamma con te...". Poi ha continuato a raccontarmi di una volta si stava prendendo cura di una signora indiana che aveva anche lei partorito in casa e che non aveva mai visto così tante donne presenti durante un parto, ed è stato davvero davvero imbarazzante. L'esperienza di Amrit dimostra come il razzismo e le microaggressioni possano verificarsi durante l'assistenza. Amrit ha spiegato che probabilmente l'ostetrica cercava solo di fare conversazione, ma che le supposizioni dell'ostetrica lo facevano sentire davvero a disagio. Anche Amrit si chiedeva se avrebbe sperimentato quel razzismo se si fosse dichiarato trans. Sugerì che forse l'ostetrica si sarebbe preoccupata del suo essere trans invece che focalizzarsi sul fatto che fosse indiana. Poiché Amrit aveva nascosto la sua identità di genere per evitare transfobia, non è stato in grado di rispondere ai commenti inappropriati su chi stava partecipando alla nascita. In questo scenario, Amrit ha compiuto grandi sforzi per evitare la discriminazione in un modo, solo per sperimentarlo in un altro.

STORIA DI T

T (They/Them) è una persona *Black African* che non ha un'identità di genere. Nella sua intervista ha descritto di aver sperimentato un grave razzismo medico e ostilità e irritazione ogni volta che correggeva le persone sui pronomi che usavano, e sentiva che questo comprometteva l'assistenza che stava ricevendo. Le sue preoccupazioni riguardano la scarsa qualità delle cure che riceveva come persona *of colour* e persona di genere non conforme ed erano così estreme che durante il parto ha scelto di non assumere alcuna forma di antidolorifico per essere più cosciente possibile in modo da essere in grado di difendersi. "Ho scelto di farlo perché volevo essere il più presente possibile perché credevo che se non fossi stato lucido in qualche modo non avrei potuto difendere me stesso e non mi sentivo davvero molto sicuro durante questa esperienza. Così pensavo che mentre ero in travaglio preferivo sentire dolore ma sapere di essere pienamente presente piuttosto che prendere antidolorifici ed essere disorientato e non in grado di difendermi. Penso che se non avessi avuto tale timore avrei preso in considerazione l'idea di prendere antidolorifici. Non mi sentivo davvero molto al sicuro e pensavo solo di non volere altre motivazioni per cui

la mia sicurezza potesse essere compromessa. Quindi preferivo affrontare il dolore piuttosto che assumere antidolorifici o qualsiasi cosa che possa potenzialmente influenzare le mie capacità di essere lucido. Era una decisione che mi metteva molta ansia ma pensavo, in base alle esperienze che avevo avuto prima del parto, che fosse l'unica decisione possibile per sentirmi al sicuro." Descrive una grave emorragia postpartum in cui ha perso una quantità significativa di sangue come la mancanza più grave nella sua assistenza. L'intera esperienza è stata, a suo dire, violenta e dannosa e peggiorata dal fatto che è stato misgenderato durante tutto il processo. "Ho avuto un'emorragia post-partum. Ho perso quasi 12 litri di sangue e ho dovuto sottopormi a delle trasfusioni. Stavo svenendo per aver perso così tanto sangue perché essenzialmente avevano lasciato un po' di placenta da qualche parte nel mio utero e quando si è staccata si è creato un buco. Ma l'intera esperienza è stata molto violenta, molto dannosa e semplicemente traumatizzante perché uhh prima di tutto era tutto genderizzato...Non c'è considerazione per qualsiasi identità di genere al di fuori della donna, è stato piuttosto stressante e soffrivo molto e stavo solo cercando di ottenere un po' più di empatia e supporto di quello che avevo sofferto..." Qualcosa che T sottolinea è il modo in cui molto delle sue esperienze si riferisce al razzismo della medicina. In particolare ha sentito che la sua esperienza di dolore durante e dopo la sua emorragia è stata minimizzata da altri perché era nero. La citazione seguente sottolinea questo. "Avevo due medici che mi dicevano semplicemente di non essere così esplicito riguardo al mio dolore. In realtà era come dirmi letteralmente perché stavo facendo rumore e cose del genere sono davvero problematiche. Mi è sembrato così dannoso e sono rimasto scioccato di aver avuto quelle esperienze ma succede e sono abbastanza sicuro che la mia etnia abbia giocato un ruolo importante in quella situazione." Durante il ricovero iniziale aveva bisogno del sostegno del suo team postnatale, ma alla fine non ha potuto ricevere le cure di cui aveva bisogno. Ha anche provato a minimizzare la propria identità e non correggere per un certo periodo il personale della maternità circa il suo genere e sui pronomi da usare per vedere se questo potesse migliorare la sua assistenza, ma alla fine sentiva comunque di non aver ricevuto il livello di assistenza di cui aveva bisogno. "Credo innanzitutto di ricordare che quando facevo una correzione sui pronomi da usare con me e sul fatto che non mi identifico come donna questo facesse immediatamente come spegnere le persone. Come se non fossero realmente interessate a interagire così tanto con te, quindi ho notato che succedeva ogni volta che li correggevo. Quindi ho smesso davvero di dirlo, anche se pensavo che forse questo mi avrebbe aiutato, sperando in quel modo che sarebbero stati più interessati a offrirmi una sorta di supporto invece di provare a portarmi di corsa fuori dalla porta e dire "oh, il bambino sta bene, tu non hai bisogno di essere qui". Al di fuori dell'esperienza del parto e l'assistenza postnatale, T ha spesso cercato di mantenere l'interazione con l'assistenza sanitaria al minimo. Spiega nella citazione seguente che questo è accaduto spesso per evitare di essere misgenderato e per evitare che si facessero supposizioni sbagliate sul suo genere. "Non ho frequentato nessun corso o sì, non ho frequentato nessun corso prenatale o qualcosa del genere, era semplicemente troppo... era semplicemente troppo disorientante. Non credo che all'epoca avessi davvero un linguaggio adatto per descrivere questo, ma era... sì. Se ripenso a questa esperienza, penso che mi sarei reso conto che stavo evitando la maggior parte del personale sanitario perché non volevo avere a che fare con le persone che danno per scontato il genere e che fanno supposizione sul mio genere in base alla mia presentazione" L'esperienza di T descrive i modi in cui il razzismo può mettere in pericolo la vita dei neri e delle persone *of colour*. Per T, il razzismo e la transfobia che ha vissuto hanno creato un ambiente che sembrava ostile, indifferente e violento, che non soddisfaceva i suoi bisogni. Analogamente ad Amrit, a un certo punto ha cercato di nascondere il proprio genere per ricevere una attenzione migliore, e tuttavia ha continuato a sperimentare barriere e discriminazioni.

STORIA DI ALEX

Alex (They/Them) è una persona britannica bianca queer e non binaria che ha partorito circa 3 anni fa. La sua compagna è una donna cisgender ed Alex è

rimaste incinte rivolgendosi ad una clinica per la fertilità. Attualmente stanno accedendo al trattamento per la fertilità, e sarà la sua partner questa volta a portare avanti la gravidanza. Il loro medico di famiglia e la clinica della fertilità non sanno che era una persona non binaria. "Siamo stati in una clinica per la fertilità. In realtà stiamo provando a farlo di nuovo, ma questa volta sarà la mia partner a portare avanti la gravidanza. È lungo, è un processo lungo. Voglio dire, non sembra che stiamo arrivando da nessuna parte velocemente, e tutto sommato è un po' stressante. Il nostro primo accesso al tipo di sistema sanitario in circolazione sulla fertilità e la nascita sono avvenute andando dal mio medico di famiglia, chiedendo quali fossero le opzioni. Non ho mai informato il mio medico di famiglia di essere trans." Alex ha descritto un certo disagio nel processo di accesso alla clinica della fertilità. L'intero processo era cisnormativo ed eteronormativo; alla sua partner, che è una donna cisgender, è stato chiesto ripetutamente quale fosse il suo livello di sperma e invitato per test di screening genetico, nonostante non abbiano fornito ovuli o sperma per la gravidanza. Alex ha descritto alcune altre difficoltà di seguito. "Abbiamo utilizzato il seme di un donatore proveniente da una banca del seme perché non conoscevamo nessuno in quel momento, è stato tutto un po' come una cazzata perché... in un certo senso non volevamo, tutto sembrava leggermente eugenetico come scegliere lo sperma in base a determinati caratteristiche. Comunque ce l'abbiamo fatta e sono stato fortunato perché ho concepito al primo tentativo attraverso la IUI [inseminazione intrauterina]." Alex ha avuto accesso intenzionalmente al minor numero di servizi possibile, poiché si sentiva a disagio per la natura fortemente basata sul genere delle cure perinatali. Sentivano che la sua queerness e la sua sessualità non erano state riconosciute né prese in considerazione. Ha frequentato un corso prenatale di mezza giornata, e ha trovato l'esperienza altamente basata sul genere. Le coppie erano divise in mamme e papà, qualcosa che non si adattava alla loro famiglia. Di seguito descrive un momento in cui le norme di genere sono state rafforzate con un altro partecipante nella stanza. "C'è anche stato questo momento in cui, non so come lo chiamano, tubucini supplementari per l'alimentazione... piccoli tubucini che le persone amano attaccare al petto e uhhh immagino di metterci del latte. Quindi penso che sia usato per provare a stimolare l'allattamento al seno o semplicemente dare alle persone l'esperienza di allattare il proprio bambino, e questo ragazzo nella stanza ha chiesto "anch'io posso usarlo?". E queste due persone, penso che fossero due ostetriche, ma avrebbero potuto essere quest'uomo volesse farlo. Erano come se "Oh no! È davvero divertente! Sono per le madri adottive, vengono utilizzati dalle madri adottive", quindi non c'era nessuno spazio per qualsiasi tipo alternativo di mascolinità, immaginati che aula! Umm... e questo è ciò che intendo quando dico che non c'è spazio, è come se tutto fosse così rigido in termini di strutture di genere e di sessualità, non c'è spazio per alcun movimento al loro interno, tanto meno per uno che esca dal binarismo di genere." Questa esperienza ha rafforzato la percezione di Alex secondo cui l'assistenza perinatale non è un luogo sicuro in cui sfidare le aspettative di genere, sia attraverso la sessualità, che la non conformità di genere, o essendo trans. Ciò può far sì che le persone trans si sentano come se dovessero nascondere il loro genere quando accedono alle cure. Come discusso nella storia di Amrit, ci sono molti casi dove l'affermazione delle cure trans va effettivamente a beneficio di tutte le persone, e l'uomo nell'esempio riportato da Alex è una persona che forse avrebbe potuto avere un'esperienza migliore e una connessione più stretta con suo figlio, se avesse potuto ricevere assistenza migliore. Alex ha partorito a casa, facendolo intenzionalmente per evitare di accedere alle cure in ospedale. Ciò non era interamente legato al fatto che fosse trans, ma è stato un fattore nella sua decisione. Ciò dimostra che decisioni che possono essere facili per molte persone, come se accedere o meno all'assistenza sanitaria, possano essere difficili per le persone trans. "Ho partorito a casa, è stata una decisione deliberata, quindi immagino che abbia preso questa decisione in parte perché sono trans, in parte semplicemente perché non mi piacciono gli ospedali ma queste due cose sicuramente si intersecano. [...] Penso di essere stato così fuori di testa con tutto ciò che stava succedendo, voglio dire, sono stato fortunato perché le cose si sono unite e così è stata una nascita facile per quanto riguarda il parto, [nome del bambino] è nato in casa, poi sono andato all'ospedale perché ho perso molto

sangue." La sua più recente interazione con l'assistenza perinatale è stata una telefonata di un operatore sanitario quando il suo bambino aveva 2 anni. Questo assistente sanitario sembrava non avere alcuna conoscenza preliminare della loro famiglia, chiedendo se il padre era lì. Questo era incredibilmente esasperante per Alex, che allora non aveva l'energia per impegnarsi. Di seguito viene descritto come è andata la conversazione. "L'assistente sanitario di cui ho un ricordo più fresco nella mia testa è in realtà quando il mio bambino aveva 2 anni, il che era comunque parecchio tempo fa, ma quello era un appuntamento telefonico a causa del COVID e la prima domanda è stata tipo "Il papà del bambino è lì?" Come se dovessero avere degli appunti, giusto? Devono avere appunti o registrazioni!! E io ho detto una cosa tipo "oh no, non ha un papà e mi hanno chiesto se fossi la mamma". E ho detto di no, sono il suo genitore, anche sua madre è qui'. E forse è stato cattivo da parte ma non avevo la forza di stare a spiegare, ero semplicemente arrabbiato. Non puoi nemmeno...non puoi fare nessuno sforzo nel tentativo di capire la nostra famiglia, giusto? E tu sei una persona che fa le visite sanitarie e devi vedere così tante famiglie diverse. E questo è il tuo lavoro: essere incentrate sulla famiglia. Quindi non le ho spiegato niente, continuavo solo a dire "Sono il suo genitore, anche sua mamma è qui" "Sono il suo genitore..." Ha anche espresso un certo rammarico e ha affermato di sentirsi come se fosse stato eccessivamente duro, poiché ha riconosciuto che probabilmente l'operatore sanitario non stava cercando di offendere, e che non aveva una formazione per quella situazione. Tuttavia, l'aspettativa che le minoranze dovrebbero educare costantemente le altre persone sulle loro esperienze è una microaggressione. Non solo questo tipo di educazione può essere emotivamente costosa per le persone trans, ma può anche mettere in pericolo queste persone quando c'è una mancanza di comprensione o transfobia in risposta. Questa nozione di non adattarsi al sistema, di non avere spazio per essere quello che sono, è un tema coerente attraverso l'esperienza di Alex. Ha scelto di nascondere il suo genere per evitare la transfobia e tentare di muoversi attraverso un sistema nel quale sentiva che c'erano delle resistenze circa la non conformità di genere. La sua compagna sta attualmente lottando per rimanere incinta e se il suo ciclo attuale del trattamento non funziona, allora proveranno con Alex. Ha molta ansia e molte preoccupazioni riguardo al dover passare di nuovo attraverso questo sistema e come ciò lo influenzerà. Non pensa che questa volta potrebbe nascondere il suo genere, ma non è nemmeno sicuro di come ciò potrebbe influire sulla sua assistenza se venisse identificato come trans.

STORIA DI FRANK

Frankie (They/Them) è una persona bianca non binaria ed è autistica. Ha partorito due volte negli ultimi 5 anni. Non sentiva che ci fosse mai stato spazio per fare coming out durante le sue gravidanze. Fare 'spazio' per tali conversazioni significa creare attivamente un dialogo attraverso la creazione di un ambiente accogliente dove le persone possono parlare apertamente. "Poiché non avevo la possibilità di rivelare [il mio genere], ero costantemente misgenderato. Non lo so, non è solo le parole che le persone usavano, era anche il modo in cui venivo visto e il modo in cui parlavano del mio corpo e del modo in cui mi percepivano in relazione alle altre persone della mia vita." Questo concetto di spazio è importante per le discussioni sulla fornitura di assistenza incentrata sulla persona in ogni suo aspetto, ma anche per quanto riguarda le persone trans e non binarie che accedono alle cure perinatali. Spesso ci si aspetta che le persone trans e non binarie siano esperte riguardo alla loro assistenza e che siano sempre in grado di difendere la propria assistenza. Le aspettative di un cis-ambiente eteronormativo e l'importanza di muoversi in quell'ambiente in modo sicuro, può limitare la capacità delle persone trans e non binarie di esplorare veramente i tipi di cura vorrebbero e il tipo di linguaggio che vorrebbero utilizzare. Frankie spiega come in realtà si senta a proprio agio con il termine allattamento al seno, ma poi ha detto di

come abbia usato questo termine perché è il termine comunemente usato, e che forse avrebbe potuto usare il termine allattamento al petto se gli fosse stato offerto questo termine. "Non mi è mai stato chiesto quale termine avrei voluto usare, ma ero d'accordo con il termine allattamento al seno. Quella parola mi andava bene, ma sento che se mi avessero chiesto quale termine preferivo sarei stata molto più a mio agio in quella interazione e con i consigli che mi venivano dati. Mi sarei sentita come se avessi avuto una scelta su quale parola usare, e lo avrei fatto, avrei avuto la possibilità di dire come mi piace percepire quella parte del mio corpo. Sai ciò che intendo? Mi sarei sentita molto più a mio agio perché è piuttosto intima come interazione quando hai un'ostetrica che maneggia una parte del tuo corpo [ride]. Sì, è interessante pensare che se avessi avuto la possibilità avrei scelto diversamente dal termine che uso... parlo del mio petto uhh quando parlo del mio corpo. Forse sarebbe stato più adatto (il termine allattamento al petto) se fosse più diffuso..." Durante la sua gravidanza Frankie ha riferito che la gravidanza ha influenzato la sua disforia, ma trova anche difficile districare i propri sentimenti. Ciò evidenzia ancora una volta la necessità di creare spazi sicuri di esplorazione di tali questioni, compresi i servizi specifici per la gravidanza di genitori trans e non binari. Questo è qualcosa che lui stesso riconosce nella citazione qui sotto. "Avrebbe davvero potuto aiutarmi ad affrontare gli effetti della gravidanza sulla disforia per esempio, se ci fosse stato qualcosa come dei servizi specifici per persone non binarie o persone trans..." Domanda: "come diresti che ha influenzato la tua esperienza di disforia?" "Era difficile separare ciò che era legato al genere. Immagino che ci siano molte risorse su come le donne lottano con i cambiamenti nel loro corpo durante la gravidanza e l'immagine di sé e cose del genere. In parte alcune di queste cose erano adatte anche per me e in parte no. Era difficile tracciare una linea chiara di distinzione tra ciò che era correlato al mio genere e cosa non lo era." Si sentiva incredibilmente a disagio con il processo e sentiva che mancava il consenso intorno su questo. Il suo disagio rispetto al processo non è stato affrontato e non aveva spazio per esprimere questo disagio. In un certo senso, l'incertezza su quale sia un livello tipico di disagio in quella situazione e cosa invece era causato dalla disforia creava una situazione che lo depotenziava ulteriormente. "L'interazione che ricordo di più è stata quando l'ostetrica è venuta a controllare i miei punti probabilmente il giorno 5, hanno pesato il bambino, controllato i miei punti...sembrava davvero orribilmente invasivo. Non so se la cosa sia stata peggiorata per quanto riguarda il genere, penso che sarebbe comunque stato piuttosto invasivo, ma questa cosa sicuramente non ha aiutato. Se avessi saputo che si trattava di un'ostetrica trans-friendly, se fosse stata a conoscenza della mia identità e se fosse stata consapevole dei miei sentimenti riguardo al mio corpo in quella situazione, sarebbe stata una situazione più confortevole per me? Sarebbe stato meno traumatizzante per me? E la risposta è sicuramente sì" In definitiva, l'esperienza di Frankie dimostra perché avere uno spazio di affermazione trans è importante nella gravidanza e nell'assistenza perinatale. Nella sua esperienze con i servizi che vengono offerti quando sia accede all'assistenza sanitaria, non c'è stato mai spazio per dichiarare di essere di genere non binario. Questo è stato emotivamente impegnativo, e ha reso la sua gravidanza più stressante, poiché veniva costantemente misgenderata. Ha anche sperimentato un aumento del livello di disforia, a causa dei cambiamenti che si verificano durante la gravidanza, per il quale non ha ricevuto alcun sostegno.

Sottotema: Razzismo e transfobia nell'assistenza peri-natale.

Per riassumere i punti delle testimonianze di Amrit e T., razzismo e transfobia nell'assistenza perinatale sono complesse e non sempre vengono vissute come atti di discriminazione espliciti o palesi. Spesso il razzismo e la transfobia nell'assistenza perinatale vengono vissuti come una mancanza di azione, di empatia o cure adeguate. Il collegamento tra pregiudizi razziali e credenze sull'esperienza del dolore è ben documentato nella ricerca e mostra che le differenze razziale-etniche hanno effetti sulla somministrazione di

antidolorifici, spesso con il risultato che alle persone *of colour* viene fornita una somma inferiore o con una frequenza minore di farmaci antidolorifici (Hoffman et al, 2016). La storia di T descrive il modo in cui il suo dolore non veniva riconosciuto e la mancata risposta empatica verso questo. Tali fallimenti possono essere pericolosi per la vita, come ha descritto T. È importante collocare questo resoconto nel contesto più ampio del razzismo medico e nel contesto del razzismo in ambito medico nell'assistenza perinatale dove le persone nere hanno 5 volte più probabilità di morire di parto (Knight et al., 2020). Navigare in queste situazioni può causare interazioni difficili con il personale sanitario, in un range che va dal goffo all'ostile, dallo sprezzante all'inconsapevole.

Sottotema: nascondere il genere

Tutti e 4 le persone intervistate hanno riferito di esperienze in cui hanno nascosto il proprio genere durante l'accesso all'assistenza perinatale. Per ognuno di loro non era una scelta che avrebbero voluto fare, ma una scelta che sentivano avrebbe migliorato il loro livello di assistenza o che sarebbe stata necessaria per superare il periodo dell'assistenza perinatale. È estremamente preoccupante che questi genitori biologici abbiano ritenuto necessario nascondere parti della propria identità per poter accedere all'assistenza sanitaria.

Raccomandazione 1: informazioni mirate

Raccomandiamo che NHS England e NHS Improvement producano informazioni mirate a supporto dei genitori trans e non binari in gravidanza e durante il parto. Queste dovrebbe essere disponibili in una varietà di formati, anche tramite il sito web NHS.UK. I risultati di questa ricerca dovrebbero fornire informazioni mirate. Abbiamo scoperto che il 30% delle persone trans e non binarie nel nostro studio non si è rivolta ai servizi perinatali durante la gravidanza e il parto e che coloro che lo hanno fatto avevano meno probabilità della popolazione generale di ricevere informazioni e consigli pertinenti. Dunque le informazioni mirate dovrebbero includere (ma non essere limitate a):

- Supporto nella pianificazione del luogo di nascita, comprese le opzioni di parto in casa e con unità gestite da ostetriche, soprattutto dove c'è una storia di traumi ospedalieri.

- La disponibilità della continuità dell'assistenza e i benefici che questa comporta per gli individui.

- Scelte relative all'alimentazione.

- Supporto alla salute mentale durante e dopo la gravidanza

Raccomandazione 2: linguaggio inclusivo

Un altro elemento chiave nel fornire assistenza personalizzata include la priorità nell'uso di un linguaggio inclusivo per ogni utente del servizio. Sebbene molte utenti del servizio siano donne cisgender, ed esista già un linguaggio in merito al quale possano sentirsi a loro agio, ci sono anche molti modi di usare un linguaggio più inclusivo nei confronti delle persone trans e non binarie incinte. Ad esempio, alcune persone trans e non binarie usano i termini allattamento al petto o allattamento al corpo, piuttosto che

allattamento al seno. Altre sono completamente a loro agio con il termine allattamento al seno. Non è possibile indovinare il linguaggio che qualcun@ potrebbe usare per descrivere se stesso in base al loro aspetto o con chi hanno una relazione. Chiedi sempre alle persone direttamente sul linguaggio appropriato per descriverle e per descrivere i loro corpi e le loro esperienze. Una spiegazione più completa del linguaggio inclusivo nei servizi perinatali (Green & Riddington, 2020a), nonché un modello per la registrazione delle preferenze sul linguaggio degli utenti (Green & Riddington, 2020b), è stato prodotto da Gender Inclusion Ostetriche presso il BSUH NHS Trust. NHS England e NHS Improvement dovrebbero fornire indicazioni sulle migliori pratiche di linguaggio inclusivo nei servizi perinatali a livello nazionale, per supportare l'implementazione e garantire coerenza nell'assistenza persone incinte trans e non binarie.

Raccomandazione 3: inclusione proattiva

L'accesso ai servizi di maternità, neonatali e perinatali può essere migliorato per le persone trans e per le persone binarie identificando e rimuovendo in modo proattivo le barriere affrontate da questa comunità, e comunicando questi miglioramenti. La ricerca mostra che i genitori trans e non binari riferiscono di evitare l'accesso alle cure del tutto, a causa di precedenti esperienze negative di servizi sanitari, o per paura di servizi negativi (Hoffkling et al). Anche questa è stata una scoperta significativa nella nostra ricerca. Mentre è importante migliorare l'assistenza effettivamente disponibile agli utenti trans e non binari dei servizi, è inoltre fondamentale che i servizi adottino misure proattive per dimostrarlo e per comunicare che questi genitori sono i benvenuti. Ciò può includere:

- Indicatori visibili di inclusione come poster, badge, inclusi badge nominativi che riportino anche i pronomi usati.
- Utilizzo dei social media e dei canali di comunicazione per celebrare date significative come Trans Parent Day (prima domenica di novembre) e Trans Day of Visibility (31 marzo).
- Segnaletica per informazioni personalizzate mirate alle persone incinte trans e non binarie.
- Usare un linguaggio inclusivo nelle comunicazioni rivolte al pubblico e sulle informazioni e risorse sul tuo servizio.
- Fornire opportunità agli utenti dei servizi trans e non binari di fornire feedback su come puoi supportarli al meglio.
- Consulenza e coproduzione dei tuoi servizi con trans le comunità, le organizzazioni, i gruppi di supporto locali trans e non binarie.

Raccomandazione 4: assistenza personalizzata

Le persone trans e non binarie dovrebbero ricevere cure olistiche e personalizzate, che riconoscano e siano pensate per soddisfare le loro specifiche esigenze di salute e benessere. Dovrebbero avere un piano di supporto sanitario personalizzato (PCSP) che soddisfi i cinque requisiti tecnici delineati nel modello universale di assistenza personalizzata:

1. Le persone hanno un ruolo centrale nello sviluppo e nell'approvazione del proprio PCSP, compresa la decisione su chi sia coinvolto nel processo. 2. Le persone hanno conversazioni personalizzate e proattive incentrate su ciò che conta per loro, prestando attenzione ai loro bisogni e alla salute e al benessere in generale. 3. Le persone concordano sui risultati di salute e benessere che desiderano ottenere in partnership con i/le professionisti di riferimento. 4. Ogni persona ha un PCSP condivisibile che registra ciò che conta per lei, i suoi risultati e come verranno raggiunti. 5. Le persone sono in grado di rivedere formalmente e informalmente il proprio PCSP.

Esistono linee guida su come il modello PCSP possa essere incorporato nell'assistenza alla maternità (NHS England, 2021) ma sfortunatamente il suo linguaggio non include i genitori trans e non binari. I nostri risultati mostrano che la non concessione di un agency adeguata, del rispetto e della dignità sono alcune delle barriere che fanno sentire i genitori trans e non binari non sicuri e non a proprio agio nell'accedere ai servizi. Dare priorità al modello PCSP personalizzato per gli/le utenti dei servizi trans e non binari può affrontare questi ostacoli e assicurarsi che tali utenti possano ricevere il supporto di cui hanno bisogno. Il modello PCSP è un'opportunità per celebrare l'identità e l'unicità dell'esperienza della persona, inclusa la sua identità di genere. È anche un'opportunità per prendere in considerazione strategie antidiscriminatorie integrate per affrontare le modalità specifiche per cui la storica e attuale discriminazione può avere un impatto sulle persone incinte trans e non binarie. Questo è particolarmente importante per coloro che vivono emarginazioni multiple, come le persone trans *of colour* e le persone trans disabili.

Raccomandazione 5: cura informata sul trauma

Le persone trans e non binarie hanno maggiori probabilità di aver subito un trauma, rispetto alle persone cisgender (Barr et al, 2021). La discriminazione in ambito medico è comune (Government Equality Office, 2018) e può contribuire all'esperienza del trauma. Raccomandiamo che i servizi discutano in modo proattivo l'adozione di un approccio informato sul trauma per gli/e utenti trans e non binari dei servizi e spieghino il supporto disponibile. Gli/le utenti trans e non binari dei servizi dovrebbero essere supportati nel comunicare le proprie esigenze e i propri limiti per esempio sull'essere toccati, e questi dovrebbero essere registrati come parte del loro PCSP e costantemente riconosciuti quando quella persona utilizza il servizio. Guide alle buone pratiche per l'assistenza perinatale informata sul trauma sono disponibili (ad esempio Law et al., 2021), sebbene siano progettate per donne cisgender e quindi dovrebbero essere adattati per l'uso con persone trans e non binarie. Sono necessari ulteriori lavori in questo settore. Uno dei principi fondamentali dell'assistenza informata sul trauma è la coerenza e la continuità. All'interno dei Servizi di maternità, la continuità dell'assistenza significa che la persona incinta dovrebbe avere continuità riguardo alla persona che la segue durante il percorso maternità, prima, durante e dopo la nascita (NHSE, 2017). Questo consente il coordinamento delle cure da parte di un individuo nominato chi si assume la responsabilità di garantire che tutte le esigenze dell'utente del servizio siano soddisfatte; ed esso consente all'utente del servizio di sviluppare una relazione con il medico responsabile del proprio servizio cura. La ricerca esistente dimostra i vantaggi della continuità dell'assistenza (Sandall et al. 2016) e il suo valore per le donne e i bambini dei gruppi socialmente svantaggiati, compresi quelli con gravidanze complesse e a rischio (Homer et al. 2017, Hadebe et al. 2021, Raymont-Jones et al. 2021). È stato riscontrato che la continuità dell'assistenza ha comportato un aumento di soddisfazione per le cure e il miglioramento dei risultati per le donne incinte *of colour* e per quelle che vivono in aree ad elevato svantaggio socio-economico (Homer et al. 2017). Poiché questa ricerca mostra i benefici della continuità dell'assistenza per le donne emarginate, e le interviste durante il nostro progetto ITEMS hanno mostrato

l'importanza della continuità dell'assistenza persone trans e non binarie, questo è un modo positivo per rispondere alle complessità e all'aumento del rischio sperimentato dai genitori trans e non binari.

Raccomandazione 6: Formazione

Sebbene questo rapporto e le risorse segnalate forniscano un punto di partenza per migliorare l'inclusività dei servizi di maternità, il nostro obiettivo è rivolto a tutte le ostetriche e agli altri medici coinvolti nell'assistenza perinatale per fornire un'assistenza inclusiva di genere. Ciò significa investire in formazione, progettata e fornita da organizzazioni guidate da persone trans e non binarie, oppure da singoli individui. Raccomandiamo che anche i dirigenti dei servizi, i commissari e i politici ricevano formazione sui bisogni specifici delle persone trans e non binarie che accedono alla maternità e ai servizi perinatali e come possono lavorare per soddisfare queste esigenze all'interno delle loro capacità professionali.

Raccomandazione 7: aggiornare i sistemi informatici

Raccomandiamo che i sistemi informatici per i servizi perinatali siano progettati per raccogliere dati sull'identità di genere degli/delle utenti del servizio e poter registrare l'identità di genere degli/delle utenti trans e/o non binari. Raccomandiamo inoltre che i sistemi informatici incoraggino il personale sanitario a chiedere in modo proattivo agli/alle utenti del servizio il loro genere utilizzando domande standardizzate e che il personale sanitario dovrebbe essere aiutato a sentirsi in grado di fare domande rispetto all'identità di genere della persona. I registri digitali delle cure di maternità sono particolarmente importanti per le persone trans e non binarie incinte per consentire la condivisione di informazioni chiave tra le persone e il personale sanitario. Ciò consente a chiunque sia coinvolto nelle cure di affrontare e curare queste persone in modo appropriato e per evitare di attribuire un'errata classificazione di genere di queste persone. Questo preverrebbe anche il rischio di errori clinici che sono stati segnalati come il mancato completamento di un test di gravidanza o di un'ecografia per qualcuno con un indicatore di genere maschile.

Raccomandazione 8: monitoraggio demografico

Oltre alla progettazione inclusiva dei sistemi informatici per i servizi perinatali, anche la raccolta dati del Servizio Sanitario Nazionale più in generale dovrebbe come standard includere domande demografiche sullo status trans e domande inclusive sul genere. Questi dati dovrebbero essere utilizzati per effettuare benchmark e monitorare le esperienze perinatali e gli esiti di salute delle persone trans e non binarie a confronto con la popolazione generale. Raccomandiamo l'aggiunta di una domanda inclusiva sul genere e di una domanda sull'identità trans nel CQC National Maternity Services Survey per rendere visibili le esperienze specifiche di persone trans e non binarie che accedono alle cure perinatali.

BIBLIOGRAFIA

- Barr, S. M., Snyder, K. E., Adelson, J. L., & Budge, S. L. (2021). Posttraumatic stress in the trans community: The roles of anti-transgender bias, non-affirmation, and internalized transphobia. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000500>
- Birth Rights (2017) Unassisted birth [online] <https://www.birthrights.org.uk/factsheets/unassisted-birth/>
- Bower-Brown, S. & Zadeh, S. (2021). "I guess the trans identity goes with other minority identities": An intersectional exploration of the experiences of trans and non-binary parents living in the UK, *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 101-112, DOI: 10.1080/26895269.2020.1835598
- BSUH Maternity (n.d.). Gender Inclusion [online] <https://www.bsuh.nhs.uk/maternity/our-services/specialist-support/gender-inclusion/> Date accessed: 06 Jan 2022.
- Charter, R., Ussher, J.M., Perz, J. & Robinson, K. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia, *International Journal of Transgenderism*, 19:1, 64-77, DOI: 10.1080/15532739.2017.1399496
- De Freitas, C., Massag, J., Amorim, M. & Fraga S. (2020). Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities: a narrative review. *Public Health Rev.* 41:5. doi:10.1186/s40985-020-00121-w
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M. & Pettinato, M. (2014). Conception, pregnancy and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62-69.
- Falck, F., Frisén, L., Dhejne, C. & Armuand, G. (2021). Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics, *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 42-53, DOI: 10.1080/26895269.2020.1845905
- Feeley, C., Thomson, G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 59 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
- Government Equalities Office (2018). National LGBT Survey: Research report. Gov.uk. Date accessed: 06 Jan 2022. Page 162. <https://www.gov.uk/government/publications/national-lgbt-survey-summary-report#history>
- Green, H. & Riddington, A. (2020a). Gender Inclusive Language in Perinatal Services: Mission Statement and Rationale. BSUH NHS Trust. Available at: <https://www.bsuh.nhs.uk/maternity/wp-content/uploads/sites/7/2021/01/Gender-inclusive-language-in-perinatal-services.pdf>

Green, H. & Riddington, A. (2020b). My Language Preferences. BSUH NHS Trust. Available at: <https://www.bsuh.nhs.uk/maternity/wp-content/uploads/sites/7/2021/01/My-Language-Preferences.pdf> Government Equalities Office, (2018) Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/721642/GEO-LGBT-factsheet.pdf

Hadebe R, Seed PT, Essien D, et al. Can birth outcome inequality be reduced using targeted caseload midwifery in a deprived diverse inner city population? A retrospective cohort study, London, UK. *BMJ Open* 2021;11:e049991. doi:10.1136/bmjopen-2021-049991

Halberstam, J. (2010). The Pregnant Man. *The Velvet Light Trap* 65, 77-78. doi:10.1353/vlt.0.0082.

Henderson, J., Gao, H. & Redshaw, M. (2013). Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth* 13, 196. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-196>

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(Suppl2), 1-14

Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(16), 4296-4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>

Homer, C., Leap, N., Edwards, N., & Sandall, J. (2017). Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997-2009). *Midwifery*. 48:1-10. doi:10.1016/j.midw.2017.02.009

Jeraj, S. (2021). Doing the work to end health inequalities caused by systemic racism. *Bmj*, 373. Julie Jomeen & Maggie Redshaw (2013) Ethnic minority women's experience of maternity services in England, *Ethnicity & Health*, 18:3, 280-296, DOI: 10.1080/13557858.2012.730608

Khatun, S. (2018). The coming out experiences of South Asian trans people living in the UK: an interpretative phenomenological analysis. (Unpublished Doctoral thesis, City, University of London) <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21590/1/>

Kirczenow-MacDonald, T., Walks, M., Biener, M. & Kibbe, A. (2021) Disrupting the norms: Reproduction, gender identity, gender dysphoria, and intersectionality, *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 18-29, DOI: 10.1080/26895269.2020.1848692

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., Kurinczuk, J.J. (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK (2020). Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2016-18. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

Landau, J. (2012). Reproducing and transgressing masculinity: A rhetorical analysis of women interacting with digital photographs of Thomas Beatie. *Women's Studies in Communication*, 35(2), 178-203.

Law, C., Wolfenden, L., Sperlich, M., & Taylor, J. (2021). A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period. NHS England. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/02/BBS-TIC-V8.pdf>

Light, A.D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J.M. & Kerns, J.L. (2014). Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning, *Obstetrics & Gynecology: Volume 124 - Issue 6 - p 1120-1127* doi: 10.1097/AOG.0000000000000540

Linander, I., Goicolea, I., Alm, E., Hammarström A. & Harryson, L. (2019). (Un)safe spaces, affective labour and perceived health among people with trans experiences living in Sweden, *Culture, Health & Sexuality*, 21:8, 914-928, DOI: 10.1080/13691058.2018.1527038

Loughney, A., Collis, R., & Dastgir, S. (2006). Birth before arrival at delivery suite: associations and consequences. *British Journal of Midwifery*, 14(4), 204-208.

Malouf, R., Henderson, J. , & Alderdice, F. (2019). Expectations and experiences of hospital postnatal care in the UK: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ Open*, 9, e022212. 10.1136/bmjopen-2018-022212

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M.E., Capriotti, M.R., Ragosta, S., Forsberg, H. & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey, *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 30-41, DOI: 10.1080/26895269.2020.1841058

NHS England (2017). Implementing Better Births: Continuity of Carer. Date accessed: 06 Jan 2022. Available at: <https://www.england.nhs.uk/publication/implementing-better-births-continuity-of-carer/>

NHS England (2020a). Your antenatal care; Your pregnancy and baby guide. Page last reviewed: 12 November 2020 <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-midwife-care-pregnant/>

NHS England (2020b) <https://www.nhs.uk/conditions/tongue-tie/>

NHS England (2021). Personalised care and support planning guidance: Guidance for local maternity systems. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/B0423-personalised-care-and-support-planning-guidance-for-lms.pdf>

Office for National Statistics, (2021) Coronavirus and the social impacts on disabled people in Great Britain: February 2021

Payton, N., 2015. Feature: The dangers of trans broken arm syndrome. PinkNews [online]. URL <https://www.pinknews.co.uk/2015/07/09/feature-the-dangers-of-trans-broken-arm-syndrome/> (accessed 01/05/2019)

Pearce, R. (2018). *Understanding Trans Health: Discourse, power and possibility*. Policy press; Bristol.

Pulice-Farrow, L., Gonzalez, K.A. & Lindley, L. (2020) 'None of my providers have the slightest clue what to do with me': Transmasculine individuals' experiences with gynecological healthcare providers, *International Journal of Transgender Health*, DOI: 10.1080/26895269.2020.1861574

Rayment-Jones H, Dalrymple K, Harris J, Harden A, Parslow E, Georgi T, et al (2021) Project 20: What aspects of maternity care improve maternal and neonatal birth outcomes for women with social risk factors? A prospective, observational study. *PloS one* 16(5): e0250947

Riggs, D.W., Pfeffer, C.A., Pearce, A., Hines, S. & White, F.R. (2021) Men, trans/masculine, and non-binary people negotiating conception: Normative resistance and inventive pragmatism, *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 6-17, DOI: 10.1080/15532739.2020.1808554

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016:4. doi:10.1002/14651858.cd004667.pub5

Schetter, C.D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141.

Schetter, C.D. (2011). *Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes. Biopsychosocial Models.*

Stroumsa, D., Roberts, E.F.S., Kinnear, H. & Harris, L.H. (2019). The Power and Limits of Classification - A 32-Year-Old Man with Abdominal Pain. *N Engl J Med*. 380(20):1885-1888. doi:10.1056/NEJMp1811491

Vega, C. & Temkin D. (2018). Research shows the risk of misgendering transgender youth. *Child Trends* [online] <https://www.childtrends.org/blog/research-shows-the-risk-of-misgendering-transgender-youth>

White, F.R. (2018). Trans pregnancy: An international exploration of transmasculine practices of reproduction - Law and Policy Review, United Kingdom. Retrieved from <https://transpregnancy.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/70/2018/05/Trans-Pregnancy-policy-review-UK.pdf>