



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Genitorialità trans* in Italia e desiderio genitoriale:
Percorso di affermazione di genere e ricostruzione
dell'identità genitoriale. Uno studio qualitativo.

RELATRICE:
Dr.ssa Francesca Locati

CORRELATRICE:
Dr.ssa Francesca Lionetti

Tesi di Laurea di
Lucia Mariotti
542863

Anno Accademico 2024/2025

“Omnia vincit Amor; et nos cedamus Amori”.

Virgilio

INDICE

1. Identità di genere e Transgenitorialità: cornici teorico-cliniche

- 1.1 Incongruenza di genere e disforia: evoluzione storica e concettuale
- 1.2 Desiderio genitoriale nelle persone trans*
- 1.3 La genitorialità nelle persone trans*: processi identitari e dinamiche familiari
- 1.4 Transgenitorialità in Italia: percorsi, ostacoli e criticità

2. Il Disegno di Ricerca

- 2.1 Obiettivo e Ipotesi
- 2.2 Partecipanti
- 2.3 Procedura
- 2.4 Strumenti
- 2.5 Analisi dei dati
- 2.6 Risultati:
 - 2.6.1 Il desiderio di genitorialità come processo emergente e non lineare
 - 2.6.2 Essere genitori oltre le categorie Binarie crescendo figli liberi di esplorarsi
 - 2.6.3 Disforia corporea durante il periodo di gestazione e gli ostacoli del sistema sanitario
 - 2.6.4 Le reti di supporto durante e post gestazione

3. Discussione finale: risultati

- 3.1 Limiti e punti di forza
- 3.2 Ricadute teoriche e cliniche
- 3.3 Direzioni future

4. BIBLIOGRAFIA

ABSTRACT

La presente tesi si propone di esplorare il desiderio di genitorialità nelle persone trans* in Italia, analizzandone l'origine, lo sviluppo e i significati soggettivi, nonché la relazione con il percorso di affermazione di genere e con l'esperienza genitoriale concreta.

Negli ultimi decenni l'interesse scientifico verso le esperienze delle persone transgender è cresciuto significativamente, favorendo un progressivo superamento di prospettive patologizzanti e una maggiore attenzione ai processi identitari e relazionali. Tuttavia, la genitorialità trans* rappresenta ancora un ambito poco esplorato, soprattutto nel contesto italiano.

All'interno della psicologia clinica e delle scienze della famiglia, la transgenitorialità interroga i modelli normativi di genere e di parentela, mettendo in luce la complessità dei percorsi di affermazione di genere, del desiderio genitoriale e della costruzione dell'identità genitoriale.

Lo studio adotta un disegno di ricerca qualitativo e ha coinvolto tredici partecipanti transgender tra i 40 e i 69 anni, genitori di almeno un figlio, che hanno intrapreso, completato o intendono intraprendere un percorso di affermazione di genere.

I dati sono stati raccolti attraverso interviste semi-strutturate e analizzati mediante un'analisi tematica, con l'obiettivo di individuare nuclei di significato ricorrenti nelle narrazioni dei partecipanti.

Dall'analisi emergono quattro aree tematiche principali. Il desiderio di genitorialità si configura come un processo emergente e non lineare, influenzato da esperienze di vita, relazioni significative e contesti di riconoscimento sociale. I partecipanti descrivono la genitorialità come uno spazio identitario che supera le categorie binarie di madre e padre, privilegiando le funzioni di cura e responsabilità. Nei casi di genitorialità biologica con esperienza di gestazione, emergono vissuti ambivalenti legati alla disforia corporea e a

difficoltà nell'accesso a servizi sanitari adeguati. Le reti di supporto familiari, sociali e comunitarie risultano un fattore centrale nel sostenere il benessere psicologico durante e dopo la transizione e nel percorso genitoriale.

I risultati evidenziano come la genitorialità trans* non rappresenti una condizione di fragilità in sé, ma un'esperienza complessa modellata da fattori sociali e istituzionali. Lo studio contribuisce a decostruire narrazioni stigmatizzanti e sottolinea la necessità di pratiche cliniche e politiche inclusive. Future ricerche potrebbero ampliare il campione e includere le prospettive di figli e partner, approfondendo i processi relazionali nel tempo.

ABSTRACT

This thesis aims to explore the desire for parenthood among trans* people in Italy, analyzing its origins, development, and subjective meanings, as well as its relationship with the gender affirmation process and actual parenting experience.

In recent decades, scientific interest in the experiences of transgender people has grown significantly, encouraging a progressive overcoming of pathologizing perspectives and greater attention to identity and relational processes. However, trans* parenting remains an underexplored area, especially in the Italian context.

Within clinical psychology and family sciences, transparenting questions normative models of gender and kinship, highlighting the complexity of gender affirmation processes, parental desire, and the construction of parental identity.

The study adopted a qualitative research design and involved thirteen transgender participants between the ages of 40 and 69, parents of at least one child, who have undertaken, completed, or intend to undertake a gender affirmation process.

Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis, aiming to identify recurring themes in participants' narratives.

Four main thematic areas emerge from the analysis. The desire for parenthood emerges as an emerging and non-linear process, influenced by life experiences, significant relationships, and contexts of social recognition. Participants describe parenthood as an identity-building space that transcends the binary categories of mother and father, prioritizing the roles of care and responsibility. In cases of biological parenthood with gestational experience, ambivalent experiences emerge, linked to body dysphoria and difficulties in accessing adequate health services. Family, social, and community support networks are key in supporting psychological well-being during and after transition and throughout the parenting journey.

The results highlight how trans* parenthood is not a condition of fragility in itself, but a complex experience shaped by social and institutional factors. The study contributes to deconstructing stigmatizing narratives and highlights the need for inclusive clinical practices and policies. Future research could expand the sample and include the perspectives of children* and partners, further exploring relational processes over time.

PRIMA DI INIZIARE:

La presente tesi adotta un approccio inclusivo e attento alla complessità delle identità di genere, nella consapevolezza che il linguaggio rappresenti uno strumento centrale nella costruzione dei significati sociali e scientifici.

Tuttavia, i termini relativi all'identità di genere, alla genitorialità trans* e alle soggettività non binarie sono in continua evoluzione, sia nel dibattito accademico sia nelle comunità di riferimento. È pertanto possibile che alcune espressioni utilizzate risultino, nel tempo, parzialmente superate o ridefinite.

Ogni scelta terminologica è stata effettuata con l'intento di mantenere rispetto, accuratezza scientifica e coerenza con la letteratura di riferimento attualmente disponibile. Per ragioni di uniformità con la scrittura accademica italiana e in assenza, nella lingua italiana standard, di un genere neutro grammaticalmente riconosciuto, nel plurale è stato prevalentemente utilizzato il maschile sovraesteso.

Tale scelta non intende in alcun modo escludere o invisibilizzare identità diverse, ma risponde a criteri di leggibilità, omogeneità formale e adeguamento alle convenzioni linguistiche accademiche vigenti.

In alcune parti del testo, in particolare nella restituzione delle esperienze e delle narrazioni dei partecipanti, sono state adottate forme grafiche inclusive (come l'asterisco) laddove coerenti con il contesto e con l'impostazione teorica del lavoro.

L'intenzione complessiva rimane quella di contribuire a una riflessione scientifica che riconosca la pluralità delle identità e delle configurazioni familiari, pur muovendosi all'interno dei vincoli linguistici e normativi attualmente presenti nel panorama accademico italiano.

Identità di genere e Transgenitorialità: cornici teorico-cliniche

1.1 Incongruenza di genere e disforia: evoluzione storica e concettuale

Il tema del cambiamento di genere è presente fin dalla storia greco-romana antica. I documenti storici affidabili disponibili nell'era premoderna hanno prodotto numerose e continue testimonianze di persone che hanno condotto vite che oggi sembrerebbero transgender.

Nella cultura greco-romana, la trasformazione di genere è un tema ricorrente soprattutto nella mitologia. Le *Metamorfosi* di Ovidio mostrano come il mutamento del sesso fosse concepito come possibile e significativo sul piano simbolico. (Crocq M. A.,2022)

Personaggi come Tiresia, che visse sia come uomo sia come donna, e Caenis, trasformata in uomo per scelta, indicano una concezione del genere non rigidamente binaria. Questi racconti riflettono una visione del corpo e dell'identità come trasformabili, spesso legata all'intervento divino. (Crocq M. A.,2022)

Anche nella cultura politica romana emergono rappresentazioni fluide del genere. I ritratti imperiali talvolta mescolavano tratti maschili e femminili per sottolineare la trascendenza del potere imperiale rispetto alle norme sociali. In questo contesto, la fluidità di genere aveva una funzione simbolica e ideologica. (Crocq M. A.,2022)

Una figura storica spesso citata è l'imperatore Elagabalo, descritto da fonti antiche come una persona che richiedeva appellativi femminili e manifestava il desiderio di modificare il proprio corpo. Pur essendo racconti mediati da storici critici e non testimoni diretti, rappresentano una delle prime attestazioni storiche di esperienze riconducibili a una forma di incongruenza tra sesso assegnato e identità vissuta. (Crocq M. A.,2022)

Prima dello sviluppo delle categorie diagnostiche moderne, esistono numerose testimonianze di persone che vivevano stabilmente nel ruolo sociale dell'altro sesso. Figure come Catalina de Erauso o il Cavaliere d'Éon mostrano che l'attraversamento dei confini di genere non era un fenomeno isolato. In questi casi, l'identità di genere si intrecciava con fattori sociali, religiosi, militari e giuridici, senza una distinzione concettuale chiara tra genere, ruolo sociale e orientamento sessuale. (Crocq M. A.,2022)

L'interesse per la diagnosi medica iniziò a metà del diciannovesimo secolo, grazie all'espansione delle scienze naturali. Nella cultura del ventesimo secolo, dare una diagnosi medica però potrebbe essere a doppio taglio, assegnando sia aiuto, sia etichette patologiche alla persona. (Crocq M. A.,2022)

Fino a poco tempo fa, gli studi, la comprensione delle esperienze delle persone transgender e le ricerche per i genitori trans*, sono stati pochi e sottovalutati. Tuttavia, negli ultimi decenni la ricerca in questo settore è aumentata in maniera esponenziale. Questo lento cambiamento rimanda ad un passaggio progressivo da una visione patologizzante ad un approccio più rispettoso dell'identità di genere.

Le tematiche riguardanti il sesso biologico e l'identità di genere sono da sempre centro di controversie nella società. Quando si parla di "sesso" si fa riferimento a tutti i costrutti biologici delle componenti genetiche, dei cromosomi che esistono nel momento del concepimento.

Il termine generico "genere", include costrutti socio-relazionali che spaziano da attributi individuali a quelli sociali, e includono norme e posizioni di potere; questi costrutti cambiano dinamicamente nel corso della vita. Gli individui hanno un senso personale del proprio genere (ovvero, identità di genere) e si presentano nello stesso genere o in un genere diverso nella vita quotidiana (ovvero, genere vissuto o espresso); entrambi questi attributi legati al

genere sono multi-categorici e possono cambiare nel tempo in un individuo. (Bölte, S., Neufeld, J., Marschik, P. B., Williams, Z. J., Gallagher, L., & Lai, M. C.2023).

Il termine “incongruenza di genere” fa proprio riferimento alla marcata e persistente non corrispondenza tra il genere esperito e il genere assegnato alla nascita. Nel DSM-5¹ l’incongruenza di genere è definita disforia di genere sostituendo la precedente categoria diagnostica di disturbo dell'identità di genere.

Un altro termine che può essere utilizzato è varianza di genere (VG) o “non conformità di genere”.

Ci sono bambini e bambine che crescono desiderando un abbigliamento, giochi e attività che non coincidono con lo stereotipo di genere che la società impone loro. Sono bambini e bambine che si esprimono in maniera differente dalla maggioranza, ma non soffrono per essere identificati secondo il loro sesso di nascita.

Ciò che invece caratterizza la disforia di genere (DG) è l’incongruenza tra la propria identità di genere e il genere assegnato alla nascita (e il ruolo associato a quel genere e/o a quelle caratteristiche sessuali primarie o secondarie) che si accompagna a sofferenza, malessere e stress.

Dal 2013 il termine “disforia di genere” (DG), ha sostituito la vecchia dizione di “disturbo dell'identità di genere”, con l’obiettivo di focalizzarsi sul distress percepito dall’individuo che vive un’incongruenza tra il sesso biologico e l’identità di genere.

La diagnosi di DG si basa sui criteri elaborati dal DSM-5 e uno dei criteri necessari è la presenza di una sofferenza clinicamente significativa o una compromissione del funzionamento sociale, scolastico o in altre aree importanti. Per la diagnosi è necessario che

¹ Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla DSM derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca, redatto dall'American Psychiatric Association.

la condizione sia persistente nel tempo, cioè che duri almeno 6 mesi. (Ferrara, P., Di Sipio Morgia, C., & Sacco, R., 2021).

Di seguito una breve evoluzione del concetto:

Classificazione diagnostica e anno	Termini diagnostici	Commenti
DSM-II 1968	Nessuna categoria diagnostica per l'incongruenza di genere	Il "travestitismo" è compreso tra le deviazioni sessuali
DSM-III 1980	<ul style="list-style-type: none"> • Transessualismo, con sotto classificazione come asessuale, omosessuale o eterosessuale, e con riferimento al sesso assegnato alla nascita. • Disturbo dell'identità di genere infantile (GIDC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il travestitismo è una diagnosi differenziale • I GID sono nella sezione sui disturbi psicosessuali, insieme alle parafilie, alle disfunzioni psicosessuali e all'omosessualità egodistonica
DSM-III-R 1987	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo dell'identità di genere infantile • Transessualismo • Disturbo dell'identità di genere dell'adolescenza o dell'età adulta, tipo non transessuale (GIDAANT) 	GIDAANT: per gli individui identificati come eterosessuali che non hanno richiesto la riassegnazione.

Classificazione diagnostica e anno	Termini diagnostici	Commenti
ICD-10 1990	<ul style="list-style-type: none"> • Transessualismo, durata ≥ 2 anni • Travestitismo a doppio ruolo • Disturbo dell'identità di genere dell'infanzia (nessun requisito di durata specifica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il travestitismo feticistico è una categoria diagnostica dei "Disturbi dell'orientamento sessuale".
DSM-IV(-TR) 1994 (2000)	<p>Disturbo dell'identità di genere.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I bambini sono codificati in modo diverso rispetto agli adolescenti o agli adulti. • Specificare se attratto sessualmente da uomini, donne, entrambi o nessuno dei due 	<p>I disturbi di genere sono inclusi nella sezione sui disturbi sessuali e dell'identità di genere, che contiene anche disfunzioni sessuali e parafilie.</p>
DSM-5 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti • Disforia di genere nei bambini. • Per entrambe le diagnosi è richiesta una durata minima di 6 mesi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il GD è collocato in una sezione distinta. I termini Genere e Sesso sono definiti e utilizzati in modo diverso. • Contrariamente al DSM-IV, l'orientamento sessuale non è specificato.

Classificazione diagnostica e anno	Termini diagnostici	Commenti
ICD-11 2019-2022	<ul style="list-style-type: none"> • Incongruenza di genere dell'adolescenza o dell'età adulta. diversi mesi. • Incongruenza di genere nell'infanzia. Nei bambini, l'incongruenza deve persistere per circa 2 anni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluso nel capitolo "Condizioni relative alla salute sessuale" • L'attenzione principale dell'ICD-11 è rivolta all'esperienza di incongruenza tra il genere percepito e il sesso assegnato; nell'ICD-11, il disagio e la compromissione funzionale sono descritti come caratteristiche comuni associate, in particolare in ambienti sociali disapprovanti, ma non sono obbligatori; al contrario, il DSM-5 richiede un disagio o una compromissione clinicamente significativi per la diagnosi. • La disforia dell'integrità corporea è una diagnosi differenziale

(Crocq M. A.,2022)

La tabella riportata mostra le categorie diagnostiche associate alle persone transgender nelle successive edizioni del DSM e dell'ICD². Drescher ha analizzato in modo approfondito l'evoluzione di queste diagnosi nel DSM (Drescher 2020). Le prime due edizioni del DSM

² La classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte (ICD, International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) è uno standard di classificazione delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e rappresenta un valido strumento per gli studi statistici ed epidemiologici.

misero un'enfasi significativa sulle teorie psicoanalitiche del funzionamento mentale normale e patologico; le diagnosi di identità di genere o qualsiasi cosa equivalente non comparivano in nessuno dei due.

Nel DSM-III (1980), per la prima volta sono emersi due diagnosi psichiatriche in bambini, adolescenti e adulti: disturbo dell'identità di genere infantile (GIDC) e transessualismo, quest'ultimo riguardante adolescenti e adulti. La decisione di inserire il transessualismo nel DSM fu supportata dalla ricerca e dai contributi clinici di John Money, Harry Benjamin, Robert Stoller e Richard Green. Una terza diagnosi è apparsa nel DSM-III-R (APA, 1987): disturbo dell'identità di genere dell'adolescenza e dell'età adulta, tipo non transessuale (GIDAANT).

Tuttavia, GIDAANT non è stato mantenuto nel DSM-IV (APA, 1994, 2000a), e GIDC e transessualismo sono stati ricomposti in un'unica diagnosi generale, il disturbo dell'identità di genere (GID), con criteri diversi per bambini e adolescenti e adulti.

L'ICD-10, approvato dalla Quarantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità nel 1990, seguì l'esempio del DSM-III e includeva le diagnosi di transessualità e disturbo dell'identità di genere durante l'infanzia. L'ICD-10 ha anche creato la diagnosi di travestitismo a doppio ruolo (*'Transvestisme bivalent'* in francese).

Nell'ICD-10, il transessualismo indicava il desiderio di vivere ed essere accettati come membri del sesso opposto, solitamente accompagnato da un senso di disagio o inappropriata verso il proprio sesso anatomico e dal desiderio di sottoporsi a trattamenti ormonali e chirurgici per rendere il proprio corpo il più possibile congruente con il sesso preferito.

Per poter qualificare questa diagnosi, l'identità transessuale doveva persistere per almeno due anni. Il travestitismo a doppio ruolo designava l'indossare abiti del sesso opposto per parte dell'esistenza dell'individuo per godere dell'esperienza temporanea di appartenenza al

Sesso opposto, ma senza alcun desiderio di un cambio di sesso più permanente o di una riassegnazione chirurgica associata.

Nessuna eccitazione sessuale accompagnava il travestimento, distinguendo il disturbo dal travestitismo feticistico. Nel DSM-5, essere transgender non è considerato di per sé un disturbo psichiatrico; è la disforia risultante a giustificare una diagnosi. Sebbene disforia sia stata scelta per il titolo diagnostico, la parola incongruenza viene usata per la definizione nel criterio A.

Nel DSM-IV-TR, il criterio A richiedeva l' 'identificazione di genere trasverso'. Nel DSM-5, questo criterio è stato modificato per evitare una dicotomia maschio-femmina, e il genere espresso può essere femminile, maschile, intermedio o altro.

La diagnosi di incongruenza di genere (GI) è stata inclusa nell'ICD-11 per preservare l'accesso ai servizi sanitari, ma è stata spostata dal capitolo ICD-11 sui Disturbi Mentali e Comportamentali al capitolo sulla Salute Sessuale. Dopo il DSM-5, l'ICD-11 abbandonò termini ICD-10 come 'sesso opposto' e 'sesso anatomico', adottando termini più contemporanei e meno binari come 'genere vissuto' e 'sesso assegnato'.

A differenza dell'ICD-10, ma come il DSM-5, le linee guida diagnostiche proposte per l'ICD-11 non presuppongono implicitamente che tutti gli individui cerchino o desiderino una transizione completa al sesso 'opposto'. In ICD-11 (Reed et al. 2016), GI è caratterizzato da una marcata e persistente incongruenza tra il genere vissuto dall'individuo e il sesso assegnato.

Le categorie ICD-10 travestitismo feticistico e travestitismo a doppio ruolo sono scomparse in ICD-11. Queste condizioni comportano attività sessuali consensuali o solitarie, non causano danni intrinseci a sé o agli altri, e non sono necessariamente angoscianti per l'individuo né associate a una disabilità funzionale. Pertanto, questi schemi di eccitazione

non erano considerati in sé come disturbi mentali, ma più precisamente come varianti dell'eccitazione sessuale (Krueger et al. 2017).

Il DSM-5 enfatizza il disagio e la disfunzione legate all'identità di genere attraverso il nome e i criteri della categoria. Disagio e disfunzione sono anche le ragioni centrali per classificare la disforia di genere come disturbo mentale.

Nel CIM-11³, le linee guida diagnostiche indicano che il GI può essere associato a disagio o compromettere clinicamente ambiti sociali, occupazionali o di altro funzionamento importante, in particolare in ambienti sociali disapprovanti e dove le leggi e le politiche protettive sono assenti, ma che né il disagio né il deterioramento funzionale sono requisiti diagnostici.

L'attenzione è rivolta al disagio derivato dall'incongruenza tra la percezione soggettiva del proprio genere e la realtà corporea del genere assegnato alla nascita. Il percorso di affermazione di genere, (da diverse prospettive sociale, giuridica, medica e chirurgica) è attualmente il trattamento più indicato. È stato osservato, infatti, che l'avviamento concordato di un percorso di riassegnazione del genere migliora il benessere e il funzionamento sociale psicologico e sessuale delle persone che presentano incongruenza di genere.

Dal 2018 l'Organizzazione mondiale della sanità ha sancito che il transgenderismo, denominato “incongruenza di genere”, non sia affatto una malattia. (Botteghi E. 2024).

Ad oggi si può accedere a protocolli di intervento medico e psicologico mirati ad affrontare i vari aspetti della disforia legata l'incongruenza di genere. È importante però sottolineare che tra le persone che richiedono una riassegnazione chirurgica senza avere specifiche

³ La CIM-11 (Classificazione Internazionale delle Malattie, 11ª revisione) è lo standard globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per classificare malattie, disturbi, lesioni e cause di morte, aggiornando l'ICD-10, e si distingue per l'introduzione di un approccio dimensionale per alcuni disturbi (come quelli di personalità) e una maggiore flessibilità diagnostica, includendo nuovi capitoli e dettagli clinici per una migliore applicazione nella pratica clinica e nella ricerca.

richieste di trattamento per la loro salute mentale, vivono l'esperienza della valutazione psichiatrica per ottenere l'autorizzazione alla transazione, come inutilmente gravosa. L'incongruenza di genere spesso porta a desiderare la transizione in modo da vivere ed essere accettati come una persona appartenente al genere soggettivamente esperito. Il disagio che ne deriva può aumentare di fronte all'indisponibilità di trattamenti ormonali e/o chirurgici. La maggior parte delle persone preferisce che ci si riferisca a loro con nomi conformi al genere di cui fanno esperienza e con i relativi pronomi.

Oggi grazie a Internet, gli adolescenti sono informati spesso prima dei loro genitori dell'esistenza di percorsi di soppressione della pubertà e dell'esistenza di trattamenti ormonali e di riassegnazione chirurgica del genere e possono aspettarsi di essere trattati come persone appartenenti al genere che vivono come il proprio.

Alcuni adulti possono richiedere il trattamento ormonale, altri possono scegliere quello chirurgico, altri ancora entrambi. L'impossibilità di accedere alle cure, perché molto costose o per mancanza di assicurazioni adeguate, può portare a sentimenti suicidari. Tra gli Stati affettivi più comuni ci sono infatti l'ansia, l'umore depresso a volte caratterizzato da disperazione.

A volte l'ansia e la depressione possono essere di gravità tale da giustificare una diagnosi psichiatrica. L'incapacità di esprimere il genere che si vive soggettivamente può portare a rabbia diretta verso il proprio corpo o verso fattori esterni o individui che sono visti come ostacoli all'espressione di sé.

I soggetti a cui è permesso, in privato e in pubblico, esprimere il genere a cui si sentono di appartenere, riferiscono di sentirsi soddisfatti e di stare bene. Una delle funzioni della valutazione richiesta agli specialisti della salute mentale è quella di formulare una diagnosi differenziale tra le condizioni di non conformità (non psicopatologica). (Lingiardi, V., & McWilliams, N. 2017).

Grazie ad alcuni psichiatri attivisti e alla continua lotta delle persone transgender con il tempo si è concordato che essere Transgender non sia una patologia psichiatrica.

“Venire diagnosticati con un disturbo di identità di genere in un certo senso significa scoprire di essere malati, disturbati, irregolari, difettosi, anormali. Come risultato alcuni psichiatri attivisti e alcuni transessuali hanno dichiarato che la diagnosi dovrebbe essere eliminata del tutto, che la transessualità non è una malattia e quindi non dovrebbe essere concepita come tale che i transessuali dovrebbero essere considerati persone impegnate in una pratica di autodeterminazione, in un esercizio di autonomia”

(Butler J., 2006, Botteghi E., 2024)

1.2 Desiderio genitoriale nelle persone trans*

Il desiderio genitoriale si configura come un impulso profondo e complesso a diventare genitori, che integra dimensioni biologiche, psicologiche, culturali e sociali. Esso rappresenta un'espressione di creatività e di ricerca di un nuovo sé all'interno della comunità, non riducibile a un mero istinto, ma strettamente connesso all'elaborazione della propria storia personale e alle aspettative future. Tale desiderio risulta inoltre influenzato da molteplici fattori personali, sociali e ambientali (Carone, 2021).

In questa prospettiva, il desiderio genitoriale non appare come un dato immediato o universalmente accessibile, bensì come l'esito di un processo psichico dinamico e complesso che si sviluppa nel tempo. Esso si intreccia con la costruzione dell'identità personale, corporea e relazionale e con il modo in cui il soggetto si colloca rispetto alle rappresentazioni sociali dominanti della genitorialità (Carone, 2021).

La coscienza procreativa emerge progressivamente come un ampliamento dello spazio identitario, attraverso il quale la persona può iniziare a pensarsi come potenziale genitore,

spesso a seguito di un percorso di rielaborazione di sé che rende pensabile una posizione genitoriale precedentemente percepita come distante o inaccessibile (Carone, 2021).

La crescita del desiderio genitoriale si colloca all'intersezione tra dimensioni intrapsichiche e contesti sociali ed è influenzata sia dalla storia soggettiva, sia dal grado di riconoscimento simbolico attribuito alla genitorialità.

In contesti caratterizzati da modelli di genere e di famiglia rigidamente normativi, l'idea stessa di genitorialità può apparire inizialmente incompatibile con la propria identità, dando luogo a forme di esclusione interiorizzata che ostacolano la possibilità di immaginarsi come genitori (Carone, 2021).

Tali rappresentazioni possono tuttavia essere progressivamente messe in discussione attraverso esperienze significative, quali la cura di bambini all'interno della propria rete affettiva, l'incontro con partner portatori di un desiderio genitoriale, il confronto con modelli di genitorialità non normativi, eventi critici del ciclo di vita o il contatto con contesti associativi e comunitari che rendono visibili traiettorie genitoriali possibili.

L'emergere della coscienza procreativa non coincide necessariamente con il desiderio di diventare genitori né con l'intenzione di realizzare concretamente un progetto genitoriale, ma rappresenta piuttosto una trasformazione del modo in cui il soggetto si rappresenta, includendo la genitorialità come possibilità simbolica del sé. In questo processo è possibile distinguere tre aspetti interrelati che articolano la crescita del desiderio genitoriale:

- la condivisione del valore della genitorialità, intesa come la costruzione di una rappresentazione complessivamente positiva dell'esperienza genitoriale, tale da rendere pensabile che i benefici simbolici, affettivi ed evolutivi superino i costi percepiti;

- il desiderio di genitorialità, che implica la capacità di rappresentarsi in modo sufficientemente integrato nel ruolo genitoriale, immaginando sé stessi come figure di cura e di riferimento per un figlio o una figlia;
- l'intenzione di diventare genitori, che consiste nell'integrazione del desiderio genitoriale all'interno del proprio progetto di vita, tenendo conto delle condizioni materiali, relazionali, corporee e sociali che ne rendono possibile la realizzazione.

Queste dimensioni, pur essendo strettamente connesse, non coincidono necessariamente e possono svilupparsi secondo tempi e modalità differenti, generando talvolta discrepanze tra il valore attribuito alla genitorialità, il desiderio soggettivo e la possibilità di tradurlo in un'intenzione progettuale.

Lo sviluppo della coscienza procreativa può pertanto essere compreso come un processo articolato su più livelli: rappresentazionale, quando la genitorialità smette di essere pensata come incompatibile con la propria identità; identitario, quando il desiderio di avere figli si intreccia con la storia personale, le relazioni affettive e gli altri progetti di vita; e progettuale, quando viene valutata la fattibilità concreta del progetto genitoriale, considerando i diversi percorsi possibili e le risorse disponibili, incluse le reti di supporto formali e informali (Carone, 2021).

L'eventuale realizzazione del progetto genitoriale introduce una fase di ristrutturazione psichica che fa parte del ciclo di vita dell'individuo e della coppia, richiedendo un ulteriore lavoro di elaborazione in cui procreare e diventare genitori si configurano come eventi distinti.

Al di là delle modalità attraverso cui un figlio entra nella vita dei genitori, la genitorialità si costruisce attraverso l'assunzione della funzione genitoriale, che implica un processo di adozione psichica del bambino reale, con il suo corpo, la sua storia e la sua soggettività, distinto dal bambino immaginato, sognato e desiderato.

Questo passaggio comporta un'esperienza di lutto necessaria, che consente al genitore di accogliere l'alterità del figlio e di integrarla nella propria narrazione generazionale.

Nei percorsi di genitorialità trans, tale lavoro psichico può includere una riflessione sull'articolazione tra identità di genere e identità genitoriale, talvolta attraversata da ambivalenze rispetto alle categorie tradizionali di madre e padre, che non compromettono la solidità della funzione genitoriale ma mettono in discussione i modelli normativi della genitorialità (Carone, 2021).

La genitorialità si definisce infine come una relazione reciproca e simbolicamente riconosciuta, in cui l'esercizio della cura deve accompagnarsi al riconoscimento del bambino come figlio, affinché la relazione possa consolidarsi nel tempo come spazio di appartenenza e continuità generazionale.

In questo quadro teorico, il desiderio genitoriale, lungi dall'essere un impulso meramente biologico, si configura come un costrutto che interroga profondamente l'identità individuale e di coppia. All'interno delle narrazioni sulla genitorialità, esso emerge come un progetto che mette in discussione la visione tradizionale del procreativismo, inteso come quell'ordine simbolico che lega in modo indissolubile la sessualità alla funzione riproduttiva biologica e alla consanguineità (Carone, 2021).

Nelle esperienze che si discostano dal modello eteronormativo, il desiderio di diventare genitori non è scontato, ma rappresenta l'esito di un percorso riflessivo e intenzionale che si confronta con un sistema sociale che assume spesso la differenza eterosessuale come condizione esclusiva della procreazione.

Ne consegue che le aspettative di genitorialità si intrecciano con la necessità di legittimare il proprio ruolo al di fuori dei legami biologici, spostando l'attenzione sulla dimensione della scelta, della responsabilità e della cura.

Un elemento centrale di questi percorsi riguarda la gestione della discontinuità rispetto al modello tradizionale di famiglia. L'aspettativa di genitorialità implica una ridefinizione dei sistemi di parentela, non più fondati esclusivamente sulla discendenza biologica, ma costruiti attraverso la volontà e la relazione quotidiana.

In questo senso, il desiderio genitoriale assume il valore di un atto di affermazione identitaria, in cui la capacità di cura e la responsabilità educativa prevalgono sui vincoli genetici (Carone, 2021). Tale desiderio è spesso accompagnato da una duplice tensione: da un lato, la spinta verso la realizzazione di un progetto di vita familiare vissuto come naturale e coerente con la propria identità; dall'altro, la consapevolezza di doversi confrontare con un ordine sociale e simbolico che può svalutare o patologizzare le forme di genitorialità non conformi.

Diventare genitori significa quindi non solo accogliere un figlio, ma anche negoziare continuamente la propria posizione all'interno di un sistema in lenta evoluzione verso il riconoscimento di una pluralità di modi di fare famiglia (Carone, 2021).

La letteratura sul tema evidenzia come il desiderio di genitorialità nelle persone transgender e gender non-binary rappresenti una dimensione complessa e profondamente intrecciata ai percorsi identitari, corporei e relazionali, mettendo in discussione presupposti storicamente radicati che hanno a lungo considerato la transizione di genere incompatibile con la genitorialità biologica e sociale (De Sutter et al., 2002; Tornello et al., 2019).

Le ricerche disponibili mostrano come una quota significativa di persone transgender esprima il desiderio di avere figli o abbia già intrapreso percorsi di genitorialità, nonostante l'accesso a tali percorsi sia frequentemente ostacolato da barriere mediche, legali, sociali e simboliche (Tornello et al., 2019).

Lo studio di Tornello et al. (2019) contribuisce ad ampliare la comprensione di tali processi, mettendo in luce una marcata eterogeneità nei percorsi verso la genitorialità. Molti

partecipanti risultano aver avuto figli prima della transizione di genere, spesso all'interno di relazioni eterosessuali precedenti, mentre altri intraprendono percorsi di genitorialità dopo la transizione, ricorrendo a differenti strategie riproduttive e relazionali.

L'età al momento della transizione emerge come un fattore rilevante, poiché le persone che iniziano la transizione in età più avanzata risultano più frequentemente genitori rispetto a coloro che intraprendono la transizione in età più giovane, suggerendo l'esistenza di differenze generazionali nell'accesso alla genitorialità e nelle opportunità riproduttive (Tornello et al., 2019).

Ulteriori elementi di complessità emergono dalla distinzione tra donne transgender, uomini transgender e persone gender non-binary, poiché i percorsi verso la genitorialità risultano influenzati sia dal genere assegnato alla nascita sia dall'identità di genere attuale.

In particolare, le donne transgender risultano più frequentemente genitori poiché hanno avuto figli prima della transizione, mentre uomini transgender e persone gender non-binary tendono più spesso a diventare genitori dopo la transizione, affrontando sfide specifiche legate alla gravidanza, alla sospensione delle terapie ormonali e alla gestione della disforia di genere.

La necessità di interrompere temporaneamente i trattamenti ormonali per consentire una gravidanza viene descritta come un'esperienza potenzialmente destabilizzante, in quanto comporta cambiamenti corporei e ormonali che possono intensificare il disagio psicologico, pur in presenza di un forte desiderio di genitorialità (Tornello et al., 2019).

In questo contesto, lo studio qualitativo di Malmquist (2022) offre uno sguardo approfondito sulle esperienze soggettive di uomini transgender che formano famiglie con partner maschi cisgender, mettendo in evidenza le complesse negoziazioni identitarie che accompagnano la gravidanza, il parto e la genitorialità in configurazioni familiari con due padri.

I partecipanti descrivono la gravidanza come un'esperienza ambivalente, caratterizzata dalla coesistenza di vissuti di disforia legati alla visibilità del corpo gestante e di sentimenti di orgoglio e significato per la possibilità di diventare genitori biologici.

In alcuni casi, la capacità di partorire viene reinterpretata come una risorsa piuttosto che come una minaccia all'identità maschile, attraverso un processo di rielaborazione simbolica che consente di integrare l'esperienza della gravidanza all'interno di una narrazione di paternità (Malmquist, 2022).

Tuttavia, emergono frequenti esperienze di aspettative di genere contraddittorie, poiché, nonostante i partecipanti si identifichino come padri, vengono spesso percepiti e trattati come madri o come figure genitoriali femminili, in particolare nei contesti sanitari e istituzionali. Tale discrepanza tra identità auto-percepita e riconoscimento sociale genera vissuti di frustrazione e invisibilizzazione, evidenziando come il genere assegnato alla nascita e il ruolo di genitore gestazionale tendano a prevalere sull'identità di genere attuale. All'interno delle relazioni di coppia, inoltre, emergono dinamiche di disuguaglianza nella divisione del lavoro di cura, che sembrano riflettere modelli di genere interiorizzati e legati alla socializzazione precedente alla transizione, con il partner transgender che assume più frequentemente il ruolo di caregiver principale (Malmquist, 2022).

Nel complesso, i contributi analizzati mostrano come la genitorialità nelle persone transgender e gender non-binary non possa essere compresa attraverso categorie rigide o modelli normativi tradizionali, ma richieda un approccio psicologico e qualitativo sensibile alla complessità dei percorsi di vita, alle negoziazioni identitarie e alle condizioni strutturali che influenzano l'accesso alla genitorialità (De Sutter et al., 2002; Tornello et al., 2019; Malmquist, 2022).

La carenza di informazioni adeguate, il persistere di modelli cisnormativi nei contesti sanitari e la scarsità di rappresentazioni sociali positive contribuiscono a rendere la

genitorialità un percorso spesso faticoso e carico di ostacoli, nonostante la diffusione e la rilevanza del desiderio di avere figli (De Sutter et al., 2002; Tornello et al., 2019).

Al contempo, le esperienze riportate evidenziano forme di resilienza e di agency, poiché le persone transgender sviluppano strategie creative e relazionali per costruire famiglie che rispecchino la propria identità e i propri valori, ridefinendo i significati di maternità, paternità e genitorialità al di là delle dicotomie di genere tradizionali (Malmquist, 2022; Tornello et al., 2019).

1.3 La genitorialità nelle persone trans*: processi identitari e dinamiche familiari

Sesso, genere, identità di genere, orientamento sessuale e numero dei genitori rappresentano elementi di potenziale discontinuità rispetto al modello tradizionale di famiglia eterogenitoriale dominante, fondato sulla coincidenza tra sesso assegnato alla nascita, identità di genere e ruolo genitoriale (Carone et al., 2021). In questo quadro, la transgenitorialità si configura come una delle espressioni più complesse e meno esplorate della pluralità familiare contemporanea.

Sebbene negli ultimi decenni l'attenzione verso le esperienze delle persone transgender sia aumentata, favorendo una maggiore visibilità sociale e scientifica, la dimensione della genitorialità transgender rimane ancora marginale nella letteratura psicologica e nelle scienze della famiglia, in particolare nel contesto italiano.

La ricerca in ambito psicologico ed evolutivo ha ampiamente dimostrato come la qualità della relazione genitore-figlio rappresenti un fattore cruciale per lo sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale del bambino. Un ambiente familiare caratterizzato da sensibilità, responsività e supporto favorisce lo sviluppo dell'autostima, delle competenze emotive e del senso di autoefficacia, mentre contesti disfunzionali possono contribuire all'emergere di difficoltà emotive e comportamentali. In questa prospettiva, la genitorialità

consapevole rappresenta un fattore protettivo fondamentale, indipendentemente dall'identità di genere dei genitori.

Con il termine genitorialità transgender si fa riferimento alla genitorialità di persone che hanno intrapreso un percorso di transizione di genere rispetto al sesso assegnato alla nascita, così come di persone che si identificano come non binarie o di genere non conforme. Dalla letteratura emerge come le famiglie con genitori transgender siano estremamente eterogenee per struttura, orientamento sessuale, età, condizioni di salute, affiliazioni religiose, politiche e socioeconomiche (Pfeffer & Jones, 2020).

Analogamente, i percorsi di accesso alla genitorialità risultano molteplici e non lineari, includendo la genitorialità biologica, l'adozione, l'affido, la surrogazione gestazionale o l'ingresso in famiglie ricomposte, mettendo in discussione una visione unitaria e normativa della famiglia.

Un contributo centrale alla comprensione del desiderio di genitorialità nelle persone transgender è offerto dallo studio di Auer et al. (2018), che evidenzia come una quota significativa di persone transgender esprima il desiderio di avere figli, indipendentemente dallo stato della transizione medica.

Tale desiderio risulta paragonabile, per intensità e significato, a quello riscontrato nella popolazione cisgender, suggerendo che l'identità transgender non sia associata a una minore motivazione alla genitorialità.

Tuttavia, lo stesso studio mette in luce come l'accesso concreto alla genitorialità sia spesso ostacolato da barriere strutturali, informative e sanitarie.

In particolare, alcuni studi sottolineano come molte persone transgender si trovino a dover affrontare un conflitto tra il desiderio di affermare la propria identità di genere attraverso interventi medici e la volontà di preservare la possibilità di avere figli biologici.

La mancanza di informazioni chiare e tempestive sulla preservazione della fertilità, unita alla pressione temporale legata all'inizio dei trattamenti ormonali, porta alcune persone a rinunciare o rimandare scelte riproduttive desiderate (Auer et al., 2018). Questo dato evidenzia come le decisioni relative alla transizione e alla genitorialità non siano scelte isolate, ma processi profondamente interconnessi che richiederebbero un supporto sanitario integrato e competente.

Come evidenziato da Carone et al. (2021), la ricerca empirica sulla genitorialità transgender si è storicamente concentrata su modelli familiari cisgender o, più recentemente, su famiglie omogenitoriali, lasciando ai margini l'esperienza dei genitori transgender.

Questa lacuna ha contribuito a mantenere rappresentazioni parziali e talvolta patologizzanti della transgenitorialità. I dati disponibili mostrano invece come molte persone transgender abbiano avuto figli in relazioni eterosessuali precedenti alla transizione, mentre altre abbiano intrapreso percorsi genitoriali successivamente all'affermazione della propria identità di genere.

In entrambi i casi, la genitorialità non emerge come un evento incompatibile con la transizione, ma come una dimensione che può coesistere e trasformarsi insieme ad essa.

La transizione di genere di un genitore può essere quindi compresa come una transizione familiare, ovvero come un processo che coinvolge l'intero sistema relazionale e che richiede una riorganizzazione progressiva dei significati, delle aspettative e delle dinamiche interpersonali (Dierckx, 2016).

In questa prospettiva, la transgenitorialità non riguarda esclusivamente l'identità individuale del genitore transgender, ma attiva un cambiamento che interessa simultaneamente partner, figli e reti familiari allargate, rendendo necessaria una ridefinizione condivisa dell'identità familiare (Dierckx et al., 2017).

Alcuni studi sottolineano come la transizione non debba essere interpretata come un evento improvviso, ma come un processo che si sviluppa nel tempo e che attraversa diverse fasi, caratterizzate da differenti bisogni emotivi e relazionali per i membri della famiglia (Dierckx, 2016). In una fase iniziale, la transizione può essere vissuta come una rottura dell'equilibrio familiare, poiché mette in discussione rappresentazioni consolidate del genitore e del funzionamento familiare; tuttavia, nel tempo, molte famiglie sviluppano modalità di adattamento che consentono una nuova stabilità relazionale (Dierckx et al., 2017).

Un elemento centrale di questo processo riguarda la costruzione di significato che i membri della famiglia attribuiscono alla transizione di genere (Norwood, 2013). Norwood evidenzia come i familiari siano impegnati in un lavoro interpretativo volto a rispondere a domande fondamentali sul senso dell'identità transgender, sulle sue origini e sulle sue implicazioni per i legami familiari (Norwood, 2013).

Questo lavoro di significazione non è un processo individuale, ma si sviluppa attraverso interazioni, dialoghi e negoziazioni, influenzando profondamente la qualità delle relazioni familiari (Norwood, 2013).

Secondo Norwood, il modo in cui la transizione viene “incorniciata” narrativamente all'interno della famiglia risulta determinante per gli esiti relazionali (Norwood, 2013). Quando la transizione viene interpretata come un processo coerente e autentico, orientato al benessere del genitore, i familiari tendono a sviluppare atteggiamenti di maggiore comprensione e supporto; al contrario, quando viene percepita come incomprensibile o minacciosa per l'identità familiare, può favorire distanziamento emotivo e conflitto (Norwood, 2013). In questo senso, la transgenitorialità rende particolarmente visibile il ruolo delle narrazioni familiari nella regolazione delle emozioni e delle relazioni.

La letteratura mette inoltre in luce come la comunicazione intrafamiliare rappresenti un fattore cruciale nei processi di adattamento alla transizione (Dierckx, 2016). La possibilità di condividere emozioni, dubbi e vissuti contrastanti in uno spazio relazionale percepito come sicuro consente ai membri della famiglia di integrare gradualmente la transizione all'interno della propria esperienza (Dierckx et al., 2017).

Al contrario, l'assenza di comunicazione o la presenza di silenzi prolungati può amplificare incomprensioni e tensioni, ostacolando il processo di adattamento (Dierckx, 2016).

Un ulteriore contributo specifico della letteratura riguarda il concetto di resilienza familiare applicato alla transgenitorialità (Dierckx et al., 2017).

La resilienza viene definita non come una caratteristica statica delle famiglie, ma come un processo dinamico che emerge dall'interazione tra risorse individuali, relazionali e contestuali (Dierckx et al., 2017).

In questo quadro, le famiglie con un genitore transgender possono sviluppare nuove competenze relazionali, quali una maggiore flessibilità dei ruoli, una comunicazione più esplicita e una maggiore consapevolezza emotiva (Dierckx, 2016).

Dierckx evidenzia come, in alcuni casi, la transizione possa favorire una ridefinizione più autentica delle relazioni familiari, portando a una maggiore coesione e a un rafforzamento dei legami affettivi, soprattutto quando il processo è accompagnato da supporti adeguati e da un contesto sufficientemente validante (Dierckx et al., 2017).

In questo senso, la transgenitorialità potrebbe rappresentare sia una fonte di stress, ma anche un'opportunità di crescita e trasformazione del sistema familiare (Dierckx, 2016).

All'interno di questa cornice, il coming out dell'identità di genere può essere compreso come un processo emergente (Lev, 2004), articolato in diverse fasi e caratterizzato da una natura non lineare.

Il percorso individuale della persona transgender o non binaria comprende momenti di consapevolezza, ricerca di informazioni, disclosure⁴ ad altri significativi, esplorazione dell'identità e della transizione, fino all'integrazione e all'orgoglio identitario. Parallelamente, il coming out assume anche la forma di una family emergence, in cui i membri della famiglia attraversano proprie fasi di scoperta, turbamento, negoziazione e ricerca di un nuovo equilibrio, rendendo il processo relazionale e sistemico.

Quando il coming out riguarda un genitore, la disclosure ai figli rappresenta una fase particolarmente delicata, in quanto implica una rinegoziazione della relazione genitore–bambino e dei ruoli di genere all'interno della famiglia.

La presenza di figli prima della transizione può influenzare i tempi e le modalità del percorso di affermazione di genere, talvolta portando a ritardi o a una parziale rinuncia ad alcuni interventi medici (Church et al., 2014).

In questo contesto, la scelta dei termini di riferimento e dei pronomi utilizzati dai figli nei confronti del genitore può diventare oggetto di negoziazione, risultando influenzata dal momento della transizione, dall'età dei figli e dalle dinamiche familiari (Dierckx et al., 2017; Petit et al., 2017).

Nel complesso, gli studi citati precedentemente, consentono di spostare l'attenzione dalla valutazione degli esiti della genitorialità transgender alla comprensione dei processi relazionali e narrativi che la attraversano (Norwood, 2013; Dierckx, 2016).

Tale prospettiva invita a esplorare come le famiglie costruiscano significato intorno alla transizione, come negozino i cambiamenti identitari e come sviluppino strategie di adattamento nel tempo, all'interno di contesti sociali spesso non preparati ad accogliere la complessità della transgenitorialità (Dierckx et al., 2017; Norwood, 2013).

⁴ la disclosure (o svelamento) è l'atto volontario e consapevole di una persona di rivelare il proprio orientamento sessuale o identità di genere ad altri.

Approfondendo il concetto di “rinegoziazione” che riveste un ruolo centrale, la letteratura mostra come i genitori transgender ricoprano un rapporto flessibile e personale con le categorie tradizionali di “madre” e “padre”, che vengono talvolta mantenute, rielaborate o rifiutate in favore di definizioni più aderenti all’esperienza soggettiva (Carone et al., 2021). Questa rinegoziazione non appare come una confusione dei ruoli, ma come una ridefinizione che sposta l’attenzione dalle categorie basate sul sesso assegnato alla nascita alle funzioni di cura, responsabilità e relazione.

Dal punto di vista della salute fisica e psicologica, gli studi indicano che non vi sono differenze significative tra genitori transgender e genitori cisgender in termini di salute fisica.

Tuttavia, i genitori transgender riportano livelli più elevati di disagio psicologico e minore soddisfazione di vita, condizioni attribuibili principalmente allo stigma e alla discriminazione sociale piuttosto che a una presunta inadeguatezza genitoriale (Carone et al., 2021). Le teorie dello stress minoritario spiegano come l’esposizione cronica a stressors legati all’appartenenza a una minoranza stigmatizzata possa avere effetti negativi sul benessere mentale.

I genitori trans* affrontano sfide aggiuntive rispetto ai genitori cisgender, dovendo confrontarsi quotidianamente con le credenze sociali che mettono in dubbio la legittimità della loro genitorialità. Questo contesto può generare quello che Meyer (2003) definisce *minority stress*, ossia una condizione di stress continuativo legato all’essere parte di un gruppo socialmente stigmatizzato. (Carone N., 2021).

Lo stigma verso i genitori trans* può manifestarsi su diversi livelli:

1. Macro-stigma o stigma strutturale: la società e le istituzioni spesso trasmettono messaggi che definiscono la “famiglia normale” come composta da un padre cisgender e una madre cisgender. In questo contesto, le famiglie guidate da genitori trans* sono percepite come

deviate o inadeguate, con impatti concreti su diritti legali, accesso ai servizi e piena realizzazione della genitorialità.

2. Micro-stigma: riguarda esperienze più dirette e personali, suddivise in tre categorie:

- Stigma attuato: episodi di discriminazione o violenza verso il genitore trans* o il figlio.
- Stigma percepito: paura o aspettativa di rifiuto sociale, che aumenta la vigilanza e può generare stress cronico.
- Stigma interiorizzato: accettazione implicita dei pregiudizi sociali, portando il genitore trans* a dubitare della propria idoneità o delle opportunità di sviluppo dei figli. (Carone N., 2021).

Oltre agli episodi evidenti di discriminazione, i genitori trans* possono sperimentare nell'arco della vita microaggressioni, forme sottili di invalidazione o svalutazione della loro genitorialità:

- Microassalti: attacchi verbali o comportamenti intenzionalmente discriminatori, come insulti o esclusione sociale.
- Microinsulti: frasi apparentemente neutre o complimenti che trasmettono messaggi di anormalità o stereotipi di genere (“sei una brava mamma/papà nonostante...”).
- Microinvalidazioni: negazione o minimizzazione delle sfide vissute dai genitori trans, con commenti che ignorano la loro esperienza unica.

Queste microaggressioni possono avere impatti cognitivi, emotivi, fisici e comportamentali, aumentando ansia, rabbia e affaticamento emotivo, e richiedendo uno sforzo costante di gestione psicologica. (Carone N., 2021).

Nonostante lo stress minoritario, ci sono elementi che possono sostenere la resilienza delle famiglie trans:

- Accesso a scuole e contesti educativi inclusivi per tematiche LGBTQ+
- Relazioni con altre famiglie con genitori trans

- Alta qualità dei rapporti familiari e sostegno reciproco
- Partecipazione attiva alla comunità LGBTQ+

Lo stress minoritario quindi si può manifestare in contesti sanitari, educativi e legali, dove i genitori transgender possono incontrare difficoltà di riconoscimento e legittimazione del proprio ruolo. Anche Pfeffer e Jones (2020) evidenziano come tali difficoltà non derivino dalla relazione genitore-figlio, ma dalle reazioni dell'ambiente sociale. Allo stesso tempo, alcuni studi suggeriscono che crescere in famiglie con genitori transgender possa favorire nei figli una maggiore apertura mentale, tolleranza e accettazione della diversità, pur esponendoli talvolta al rischio di discriminazione e bullismo.

Un'ulteriore dimensione di complessità riguarda l'impatto della transizione di genere sulle relazioni di coppia.

I partner delle persone transgender possono riconsiderare il proprio orientamento sessuale in relazione all'identità di genere del partner, dando luogo a processi di rinegoziazione identitaria che influenzano le dinamiche familiari e la distribuzione dei ruoli (Pfeffer & Jones, 2020). Tali processi, sebbene potenzialmente stressanti, possono anche rappresentare occasioni di crescita relazionale.

Nel complesso, la letteratura analizzata contribuisce a decostruire le narrazioni patologizzanti sulla transgenitorialità, mostrando come i genitori transgender non differiscano in modo sostanziale da altri genitori per competenze genitoriali, qualità delle relazioni familiari e benessere complessivo.

Le criticità emerse risultano riconducibili principalmente a fattori sociali, istituzionali e culturali, che rendono l'esperienza della genitorialità transgender più complessa, ma non meno valida (Carone et al., 2021; Pfeffer & Jones, 2020; Auer et al., 2018).

In una prospettiva qualitativa, tali evidenze sottolineano la necessità di approfondire le narrazioni soggettive dei genitori transgender, esplorando i significati attribuiti alla

genitorialità e le strategie attraverso cui viene costruito il legame genitore-figlio all'interno di contesti sociali spesso non normativi.

1.4 Transgenitorialità in Italia: percorsi, ostacoli e criticità

Intraprendere un percorso di affermazione di genere e, contemporaneamente, essere o desiderare di diventare genitore costituisce un ambito esperienziale complesso e multidimensionale, che si colloca all'intersezione tra processi identitari, vissuti corporei, relazioni affettive e cornici sociali e sanitarie.

Tale complessità assume una particolare rilevanza nel momento in cui le possibilità riproduttive vengono limitate, modificate o ridefinite dai percorsi di affermazione di genere, rendendo necessario un ripensamento delle traiettorie di vita e dei progetti futuri (De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

La letteratura evidenzia come, già nelle fasi iniziali della transizione, numerose donne transgender esprimano un desiderio di maternità genetica che tende a rimanere marginalizzato o invisibilizzato all'interno del discorso clinico dominante.

Storicamente, infatti, tale discorso ha spesso considerato la perdita della fertilità come un esito inevitabile, se non addirittura come un "prezzo da pagare", per il raggiungimento di una transizione ritenuta psicologicamente adeguata o riuscita (De Sutter et al., 2002).

Questa impostazione ha contribuito a costruire un modello normativo di transizione in cui la rinuncia alla genitorialità biologica veniva implicitamente associata alla coerenza e alla stabilità dell'identità di genere, generando un potenziale conflitto interno tra il desiderio di affermazione identitaria e quello di un futuro riproduttivo possibile (De Sutter et al., 2002).

I dati quantitativi raccolti da De Sutter et al. (2002) mostrano come una percentuale significativa delle partecipanti avrebbe voluto ricevere informazioni più dettagliate e

approfondite in merito alle possibilità di preservazione della fertilità prima dell'avvio dei trattamenti ormonali.

Tali risultati suggeriscono che l'assenza di un counseling riproduttivo strutturato non sia riconducibile a una mancanza di interesse da parte delle persone transgender, bensì a una carenza sistemica nell'offerta dei servizi sanitari, che tende a non includere in modo sistematico le tematiche riproduttive all'interno dei percorsi di affermazione di genere.

In linea con queste evidenze, James-Abra et al. (2015) sottolineano come molte persone transgender accedano ai servizi di procreazione medicalmente assistita in momenti differenti del proprio percorso identitario, spesso quando i trattamenti ormonali sono già stati intrapresi e hanno compromesso, in misura variabile, le possibilità riproduttive.

I contributi qualitativi offerti da questi studi risultano fondamentali nel dare voce alle esperienze vissute delle persone transgender che tentano di accedere ai servizi di riproduzione assistita, mettendo in luce come tali percorsi siano frequentemente caratterizzati da esperienze negative, percepite come invalidanti e stigmatizzanti (James-Abra et al., 2015).

I partecipanti descrivono contesti clinici in cui le pratiche amministrative, il linguaggio utilizzato e le assunzioni implicite degli operatori risultano fortemente ancorati a modelli cisnormativi ed eteronormativi, ostacolando il pieno riconoscimento dell'identità di genere e dei desideri genitoriali delle persone transgender.

In questo senso, l'esperienza della genitorialità risulta ostacolata non solo sul piano pratico, ma anche su quello simbolico, poiché il mancato riconoscimento istituzionale contribuisce a rafforzare vissuti di marginalizzazione, esclusione sociale e delegittimazione (James-Abra et al., 2015).

Un ulteriore elemento centrale in questa dinamica riguarda il ruolo del potere medico nella definizione delle traiettorie riproduttive transgender.

De Sutter et al. (2002) evidenziano come le decisioni relative alla preservazione della fertilità siano spesso assunte in un contesto di marcata asimmetria informativa, in cui i professionisti sanitari detengono il controllo sulle informazioni disponibili e sulle opzioni presentate ai pazienti. James-Abra et al. (2015) confermano che tale asimmetria tende a persistere nel tempo, manifestandosi anche attraverso la necessità, riportata dai partecipanti, di dover educare gli stessi operatori sanitari rispetto alle questioni inerenti alla salute transgender.

Questo ribaltamento dei ruoli, in cui il paziente diventa portatore di competenze che il sistema sanitario non possiede o non riconosce, comporta un carico emotivo aggiuntivo e contribuisce ad aumentare lo stress associato all'accesso alle cure riproduttive (James-Abra et al., 2015).

Dal punto di vista psicologico, il desiderio di genitorialità nelle persone transgender può essere interpretato come una dimensione profondamente intrecciata ai processi di continuità narrativa del Sé. La possibilità di immaginarsi come genitori consente infatti di costruire un futuro percepito come coerente con la propria identità di genere e con i legami affettivi significativi, sostenendo il senso di continuità biografica (De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

Al contrario, la negazione o la limitazione di tale possibilità può dar luogo a vissuti di lutto anticipatorio e di perdita simbolica, che possono emergere anche a distanza di anni dall'inizio del percorso di transizione (De Sutter et al., 2002). Tali vissuti risultano spesso amplificati dall'esperienza di discriminazione istituzionale, che contribuisce a rafforzare l'idea della genitorialità transgender come socialmente problematica o eticamente controversa (James-Abra et al., 2015).

Alla luce di queste evidenze, appare necessario superare una concezione riduzionista della riproduzione transgender, promuovendo un approccio capace di riconoscere la pluralità dei

desideri, delle esperienze e delle traiettorie di vita, nonché la loro piena legittimità psicologica e sociale (De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

In una prospettiva di psicologia qualitativa, tali risultati invitano a considerare il desiderio di genitorialità non come una variabile individuale isolata, bensì come un fenomeno relazionale e contestuale, costruito all'interno di pratiche discorsive, istituzioni sanitarie e norme culturali che ne influenzano profondamente l'espressione e la realizzazione (James-Abra et al., 2015).

Nel contesto italiano, fino al 2015, le persone transgender che richiedevano la rettifica anagrafica dei documenti erano di fatto sottoposte a una sterilizzazione forzata come requisito per il riconoscimento legale del genere. Nel lessico giuridico italiano, inoltre, il termine "genitorialità" viene generalmente sostituito da quello di "filiazione". A seguito della riforma introdotta dal d.lgs. 154/2013, il concetto di responsabilità genitoriale ha sostituito quello di potestà genitoriale.

La funzione genitoriale trova un fondamento costituzionale nell'articolo 30 della Costituzione italiana, che sancisce il dovere e il diritto dei genitori di mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori dal matrimonio (Bundesverband Trans* e. V., 2021).

È solo in anni relativamente recenti che è divenuto possibile, almeno sul piano giuridico, per le persone trans* diventare genitori biologici dopo aver intrapreso un percorso di affermazione di genere.

Dal 1982 al 2015, infatti, la sterilizzazione è stata interpretata come requisito necessario per completare la transizione e ottenere la rettifica dei documenti, determinando il fatto che la maggioranza dei genitori trans* in Italia ha avuto figli prima dell'inizio della transizione (Bundesverband Trans* e. V., 2021).

Sebbene la sentenza della Corte di cassazione n. 15138/2015 abbia abolito l'obbligo di sterilizzazione, persistono pregiudizi culturali, arretratezze nei protocolli medici e ostacoli

normativi che continuano a limitare l'espressione della genitorialità biologica delle persone trans* nel periodo post-transizione. In particolare, il genere di elezione del genitore trans* non viene riconosciuto nell'atto di nascita del figlio (Bundesverband Trans* e. V., 2021).

A partire dall'abolizione dell'obbligo di sterilizzazione, avvenuta in Italia nel 2015, è progressivamente aumentata la consapevolezza che l'essere trans* e il desiderare un figlio non costituiscano dimensioni necessariamente inconciliabili (Bundesverband Trans* e. V., 2021). Un numero crescente di persone trans* e non binarie riconosce e legittima il proprio desiderio di avere bambini e di costruire una famiglia.

Qualora si scelga la genitorialità biologica, esistono diverse possibilità: in alcuni contesti familiari il concepimento può avvenire tramite rapporto sessuale, qualora ciò sia condiviso e non generi disagio, mentre in altri modelli familiari si rende necessario il ricorso a tecniche di riproduzione medicalmente assistita (Bundesverband Trans* e. V., 2021).

Il quadro normativo italiano in materia di procreazione medicalmente assistita è regolato dalla legge n. 40 del 19 febbraio 2004 e dalle successive modifiche, in particolare dal decreto del 1° luglio 2015 che ha introdotto la possibilità della fecondazione eterologa anche in Italia. La legge 40 disciplina in modo articolato l'accesso alle tecniche di PMA⁵, consentendolo esclusivamente a coppie eterosessuali maggiorenni, coniugate o conviventi, viventi e in età potenzialmente fertile (Bundesverband Trans* e. V., 2021).

L'accesso è inoltre subordinato all'impossibilità di risolvere l'infertilità con altri mezzi, sebbene la sentenza della Corte costituzionale n. 96/2015 abbia eliminato il divieto per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche.

L'utilizzo delle tecniche di PMA deve rispettare un principio di gradualità, privilegiando quelle meno invasive sul piano tecnico e psicologico. Dal 2014, con la sentenza della Corte costituzionale n. 162, è consentita anche la fecondazione con donazione di gameti. Rimane

⁵ Procreazione Medicalmente Assistita

invece vietata la cosiddetta maternità surrogata, ovvero il ricorso all'utero di un'altra donna per portare a termine una gravidanza.

Attualmente, nell'ordinamento italiano, la persona che partorisce può essere riconosciuta nell'atto di nascita esclusivamente come "madre" e non come "padre", con la conseguente mancata valorizzazione e riconoscimento del genere della persona trans* che dovesse partorire (Bundesverband Trans* e. V., 2021).

Bisogna quindi sottolineare l'importanza di sviluppare modelli di cura riproduttiva inclusivi, riflessivi e culturalmente competenti, in grado di accogliere la complessità dell'esperienza transgender e di sostenere il benessere psicologico lungo l'intero arco di vita (James-Abra et al., 2015).

Il disegno di ricerca

2.1 Obiettivo e Ipotesi

Il progetto di partenza per la presente tesi ha come obiettivo quello di indagare diverse aree della genitorialità trans, con particolare attenzione al percorso di affermazione dell'identità di genere, allo sviluppo del desiderio di diventare genitore, al confronto tra l'immagine di sé come genitore e l'esperienza reale successiva alla nascita dei figli, al coming out, alla qualità della relazione genitore–figlio, all'evoluzione del rapporto con l'altro genitore e alle rappresentazioni del futuro familiare.

L'obiettivo è, pertanto, quello di contribuire alla raccolta di dati relativi a famiglie con almeno un genitore trans* nel contesto italiano, al fine di offrire una migliore comprensione delle esperienze delle famiglie transgender, riducendo stereotipi, pregiudizi e l'idea di una presunta differenza o criticità di questo setting familiare rispetto ad altri.

Le ipotesi del progetto di ricerca complessivo sono le seguenti:

Ipotesi 1 – Effetto principale della genitorialità

Sulla base della teoria del valore dei bambini e della teoria dell'autodeterminazione, si ipotizza che la genitorialità rappresenti un'esperienza di sviluppo significativa, appagante e soddisfacente, indipendentemente dall'identità di genere del genitore.

Ipotesi 2 – Effetto della genitorialità trans* sui figli

Si ipotizza che non vi siano differenze nel benessere, nel comportamento e nello stato psicologico dei figli di genitori trans, né nella qualità della cogenitorialità, qualora il coming

out avvenga all'interno di un contesto familiare supportivo, caratterizzato da una comunicazione aperta, empatica e rispettosa.

Ipotesi 3 – Effetto della genitorialità trans* sull'assetto familiare

Si ipotizza che le famiglie con un genitore trans* beneficino in modo significativo del sostegno sociale e comunitario, risultando maggiormente in grado di adattarsi ai cambiamenti e di sperimentare sensazioni di benessere durante e dopo la transizione di genere di un componente della famiglia.

Obiettivi e ipotesi specifiche della presente tesi: il desiderio di genitorialità

All'interno del progetto di ricerca più ampio sopra descritto, la presente tesi si concentra in modo specifico sul desiderio di genitorialità nelle persone trans*, esplorandone l'origine, lo sviluppo e i significati soggettivi, nonché le interazioni con il percorso di affermazione dell'identità di genere, il rapporto con il corpo, le aspettative pre-genitorialità e il contesto sociale e comunitario.

In particolare, la tesi si propone di approfondire come il desiderio di diventare genitore venga costruito nel tempo, quali fattori personali ed esperienziali ne influenzino l'emergere e in che modo esso si intrecci con i vissuti legati all'identità di genere e alle rappresentazioni della genitorialità.

Sulla base di tali obiettivi, vengono formulate le seguenti ipotesi specifiche:

Ipotesi 1 – Costruzione del desiderio genitoriale

Il desiderio di genitorialità nelle persone trans* si configura come un processo dinamico e non lineare, che si sviluppa nel tempo ed è influenzato da esperienze di vita, relazioni significative e contesti sociali, piuttosto che come un desiderio statico o universalmente presente.

Ipotesi 2 – Relazione tra desiderio genitoriale e affermazione di genere

Il percorso di affermazione dell'identità di genere, così come l'elaborazione di vissuti di incongruenza e/o disforia, influenza il modo in cui il desiderio di genitorialità viene percepito, immaginato e reso possibile.

Ipotesi 3 – Immaginari genitoriali e aspettative pre-genitorialità

Prima di diventare genitori, le persone trans* costruiscono rappresentazioni e aspettative specifiche rispetto ai figli e al ruolo genitoriale, che possono includere riflessioni sul genere dei figli, sulla scelta dei nomi e sui modelli educativi, spesso in dialogo critico con le norme sociali e culturali dominanti.

Ipotesi 4 – Corpo, gravidanza e desiderio genitoriale

Nei casi in cui il percorso genitoriale coinvolga esperienze corporee come la gravidanza o il concepimento, il rapporto con il corpo può subire trasformazioni significative, influenzando sia i vissuti di disforia sia il significato attribuito al desiderio di diventare genitore.

2.2 Partecipanti

Il presente studio, di natura qualitativa, ha coinvolto complessivamente 13 partecipanti che hanno intrapreso, completato o intendono intraprendere un percorso di affermazione di genere prima o dopo la nascita dei figli.

I criteri di inclusione erano i seguenti:

- essere genitore di almeno un figlio;
- identificarsi come persona transgender, sia AFAB (assigned female at birth) sia AMAB (assigned male at birth);
- aver intrapreso, completato o avere l'intenzione di intraprendere un percorso di affermazione di genere, comprendente trattamenti ormonali, bloccanti della pubertà e/o interventi chirurgici.

Sono stati esclusi dallo studio:

- soggetti transgender che hanno intrapreso un percorso di affermazione di genere ma non hanno figli;
- genitori che non si identificano come transgender.

2.3 Procedura

La ricerca si articola nelle seguenti fasi:

1. Elaborazione intervista per genitore in transizione/partner/figli: stesura di una intervista con l'obiettivo di indagare la genitorialità di individui che hanno iniziato/hanno intenzione/hanno terminato un percorso di transizione.
2. Individuazione campione: individuazione di un campione che rispetti i criteri di inclusione descritti precedentemente, attraverso diversi canali (es. la collaborazione con centri dedicati alla transizione di genere, flyer, associazioni, etc.)
3. Organizzazione interviste: dopo un preliminare contatto con i partecipanti in cui si forniscono dettagli sull'obiettivo della ricerca, si è proceduto ad organizzare degli incontri in cui somministrare l'intervista, sia in presenza sia online.
4. Somministrazione intervista: condivisione degli obiettivi della ricerca, firma del consenso autorizzato al trattamento dei dati e alla registrazione audio dell'intervista, compilazione di una scheda anagrafica generale e somministrazione dell'intervista semi-strutturata.
5. Trascrizione: trascrizione dell'intervista ad litteram.
6. Analisi e valutazione: analisi dei trascritti, identificazione e delle principali dinamiche emerse per aree indagate.

Le analisi qualitative dei dati raccolti nelle interviste sono state condotte utilizzando l'approccio dell'analisi tematica - Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006).

2.4 Strumenti

La presente ricerca si avvale di una metodologia qualitativa, ritenuta la più adeguata a esplorare in profondità i vissuti soggettivi, i significati psicologici e le rappresentazioni simboliche associate all'esperienza della genitorialità nelle persone transgender.

In particolare, lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stato un protocollo di intervista semi-strutturata, somministrato a genitori transgender che hanno intrapreso, completato o intendono intraprendere un percorso di affermazione di genere.

L'intervista semi-strutturata è stata sviluppata ad hoc dagli autori del progetto sulla base della letteratura scientifica esistente in ambito psicologico e clinico, con l'obiettivo di favorire l'emersione di narrazioni articolate e personali, mantenendo al contempo una struttura sufficientemente flessibile da adattarsi alle specificità di ciascun partecipante.

La durata delle interviste è stata compresa indicativamente tra i 40 e i 120 minuti.

Il protocollo di intervista è articolato in diverse aree tematiche, finalizzate a esplorare aspetti centrali dell'esperienza di vita dei partecipanti in relazione alla genitorialità e al percorso di affermazione di genere.

In particolare, le aree indagate includono:

1. Identità di genere, volta a esplorare il percorso di consapevolezza, costruzione e affermazione dell'identità di genere, nonché le modalità attraverso cui tale percorso si è intrecciato con la dimensione genitoriale;
2. Desiderio di genitorialità, finalizzata a indagare il desiderio di diventare genitore, le aspettative, le fantasie e le rappresentazioni relative al ruolo genitoriale e ai figli;
3. Genitorialità, orientata a esplorare la percezione di sé come genitore, le aspettative personali e sociali associate al ruolo genitoriale e le eventuali trasformazioni di tale percezione nel tempo;

4. Coming out relativo alla genitorialità trans*, volta a esplorare l'esperienza del coming out in ambito familiare e genitoriale, in particolare nei casi in cui il percorso di affermazione di genere sia avvenuto prima della genitorialità;
5. Rapporto con l'altro genitore e cogenitorialità, finalizzata a indagare le dinamiche relazionali con l'altro genitore prima, durante ed eventualmente dopo il percorso di affermazione di genere;
6. Rapporto genitore-figlio, volta a esplorare la relazione, le modalità di comunicazione e i cambiamenti percepiti nel rapporto prima e dopo il percorso di transizione;
7. Futuro, orientata a esplorare le rappresentazioni, le aspettative e i desideri relativi all'evoluzione futura del rapporto con i figli e al loro percorso di vita.

In linea con i principi etici della ricerca qualitativa, ai partecipanti è stata garantita la possibilità di non rispondere a tutte le domande e di saltare quelle ritenute emotivamente troppo difficili o invasive, nel rispetto dei tempi, dei limiti e del benessere psicologico individuale.

2.5 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta secondo un approccio qualitativo, facendo riferimento all'Analisi Tematica (Thematic Analysis) così come delineata da Braun e Clarke (2006), utilizzata come cornice metodologica di orientamento per la lettura e l'interpretazione del materiale narrativo.

L'analisi tematica viene definita dalle autrici come un metodo volto a identificare, analizzare e riportare pattern di significato (temi) all'interno dei dati qualitativi.

Si tratta di un approccio flessibile e teoricamente non vincolato, particolarmente adatto a studi esplorativi in ambito psicologico, in quanto consente di mantenere un equilibrio tra rigore metodologico e attenzione alla complessità dell'esperienza soggettiva.

Nel presente lavoro di tesi, l'analisi tematica non è stata utilizzata con l'obiettivo di produrre una mappatura esaustiva di tutti i temi emersi dall'intero corpus delle interviste, bensì come strumento metodologico per individuare e approfondire uno specifico tema di interesse: il desiderio genitoriale.

Tale scelta risponde sia alla natura qualitativa e clinica del lavoro sia alle indicazioni del progetto di tesi, che prevedeva un approfondimento tematico mirato.

Il processo analitico ha previsto innanzitutto una fase di familiarizzazione approfondita con i dati, attraverso la trascrizione integrale delle interviste e la loro lettura ripetuta.

Questa fase mi ha permesso di entrare in contatto con il contenuto narrativo ed emotivo delle storie raccolte, favorendo una comprensione globale delle esperienze riportate dai partecipanti.

Successivamente, il materiale testuale è stato oggetto di una lettura interpretativa orientata all'individuazione di ricorrenze, pattern di significato e nuclei tematici rilevanti, con particolare attenzione ai passaggi relativi al desiderio di genitorialità.

In questa fase, sono stati individuati elementi semantici e latenti che hanno contribuito a delineare il tema oggetto di approfondimento, mantenendo un costante riferimento al contesto narrativo e alla specificità delle singole storie.

Il tema del desiderio genitoriale è stato selezionato in quanto emerso come particolarmente significativo dal punto di vista psicologico e clinico, configurandosi come uno snodo centrale nei racconti dei partecipanti e come una dimensione trasversale ai percorsi identitari, relazionali e di vita descritti.

L'analisi si è quindi concentrata sull'esplorazione delle diverse modalità attraverso cui tale desiderio viene narrato, significato e integrato all'interno dell'esperienza soggettiva.

In linea con l'approccio proposto da Braun e Clarke (2006), il processo di analisi è stato condotto in modo riflessivo e iterativo, prevedendo un continuo movimento tra i dati empirici e il quadro teorico di riferimento.

L'analisi dei dati non mira pertanto a produrre generalizzazioni, ma a offrire una comprensione approfondita e contestualizzata del fenomeno indagato, valorizzando la ricchezza delle narrazioni e la complessità dei vissuti riportati.

I risultati dell'analisi tematica relativa al desiderio genitoriale sono presentati nel capitolo successivo.

2.6 Risultati

Per il presente studio sono state analizzate le risposte degli intervistati alla SEZIONE C, dedicata al "Desiderio Genitoriale". Ai genitori sono state poste le seguenti domande:

- *Come è nato il suo desiderio di diventare genitore?*
 - *Quando ha iniziato ad avvertire questo desiderio per la prima volta?*
 - *Cosa l'ha spinto a diventare genitore? Ci sono stati eventi specifici o esperienze che l'hanno influenzata?*
 - *Ha sperimentato vissuti di incongruenza di genere? Se sì, pensa che abbiano avuto un'influenza sul suo desiderio di genitorialità?*

- *Prima di diventare genitore, quali erano le sue aspettative o idee riguardo a figl* futur*?*
 - *Per esempio, li aveva desiderat* di un genere piuttosto che di un altro?*
 - *In che modo avete scelto i loro nomi?*

- *In che modo siete diventati genitori?*
 - *Per esempio: "abbiamo intervistato persone che avevano adottato, o hanno utilizzato tecniche di PMA..."*

- *Come ha (e avete) vissuto il periodo dell'attesa di (nome figl*)?*
 - *Rispetto alla sua identità di genere, ha da fare qualche considerazione rispetto a quel periodo?*
 - *Il periodo della gravidanza e il momento del concepimento hanno fatto emergere dei vissuti di disforia?*
 - *Se AFAB... Le sembra che il rapporto con il suo corpo sia cambiato con la gravidanza?*

- *Sente che l'attivismo trans* abbia avuto un ruolo nel suo desiderio e/o percorso di genitorialità? Se sì, in che modo? Me ne può parlare?*

Dall'analisi dei dati sono emersi quattro temi principali, distinti per significatività e/o frequenza:

1. Il desiderio di genitorialità come processo emergente e non lineare
2. Essere genitori oltre le categorie binarie crescendo figli liberi di esplorarsi.
3. Disforia corporea durante il periodo di gravidanza e gli ostacoli del sistema sanitario
4. Le reti di supporto durante e post gestazione

Di seguito vengono presentati i risultati e alcune citazioni tratte direttamente dalle interviste, per motivi di privacy non verrà riportato nessun dato dell'intervistato citato.

2.6.1 Il desiderio di genitorialità come processo emergente e non lineare

Dalle interviste emerge come il desiderio di genitorialità non si presenti come un'esperienza univoca o necessariamente preesistente, ma piuttosto come un processo che si costruisce nel tempo, spesso in modo non lineare e in relazione a specifici eventi di vita.

I racconti dei partecipanti mostrano infatti una pluralità di traiettorie, che vanno da un desiderio presente "da sempre" a una genitorialità inizialmente non contemplata, fino a situazioni in cui il desiderio emerge solo dopo l'esperienza concreta della gravidanza o della nascita del figlio/ della figlia.

“Non ho mai pensato che sarebbe successo nella mia vita. Era capitata questa cosa... va bene, facciamo come fanno tutti, facciamo la famiglia.”

“Io comunque ho sempre desiderato avere una famiglia, figli, figlie, il classico futuro borghese, insomma, con casa di proprietà, figli, cane, piscine... il sogno americano”

In alcuni casi, il desiderio di diventare genitori viene descritto come un elemento già presente prima della transizione o della gravidanza, legato a un'idea di famiglia coltivata nel tempo e influenzata dalla propria esperienza.

“L'idea di avere figli ce l'ho sempre avuta ... Ho conosciuto mio marito che aveva 10 anni in più di me ... Io lavoravo, lui lavorava, a volte purtroppo ci sono cose anche oggettive da mettere in conto quando uno decide di avere un figlio.

Non è solo il desiderio per cui non sono mai stato ossessionato dall'idea, ma non l'ho mai considerata né non possibile né una cosa non saggia e su questo credo sia stata determinante la mia infanzia.

Il fatto che abbia visto la mia famiglia avere figli come qualcosa di sereno, equilibrato, molto felice, non ho mai pensato che potessero esistere famiglie diverse.”

In queste narrazioni, la genitorialità rappresenta un progetto significativo, indipendente dalle successive riflessioni sull'identità di genere o dal percorso di affermazione.

Tuttavia, anche in queste situazioni, il desiderio non appare sempre rigidamente definito, ma soggetto a trasformazioni e rinegoziazioni alla luce delle esperienze vissute.

In altri racconti, al contrario, il desiderio di genitorialità non era inizialmente presente o non era stato preso in considerazione.

Alcuni partecipanti riferiscono di non aver mai immaginato per sé un futuro come genitori, oppure di aver percepito la possibilità di avere figli come distante o poco compatibile con il proprio vissuto personale.

In questi casi, la genitorialità viene talvolta descritta come “capitata”, più che attivamente ricercata, e il desiderio sembra emergere in modo progressivo, spesso dopo la nascita del primo figlio o della prima figlia.

“È successo e basta è successo pur prendendo la pillola anticoncezionale ... quasi mi vergogno a dirlo però non l'ho amata subito l'ho amata dopo e più passa il tempo e più la amo”

Un elemento ricorrente riguarda il ruolo degli eventi di vita nel favorire l'emergere o la trasformazione del desiderio di genitorialità.

La stabilità della relazione di coppia, una situazione lavorativa percepita come sufficientemente sicura, o semplicemente il sentirsi “nel momento giusto” vengono indicati come fattori che hanno contribuito a rendere pensabile e possibile il diventare genitori.

In alcuni casi, la gravidanza stessa – propria o della partner – rappresenta un punto di svolta, che porta i partecipanti a riconsiderare la propria posizione rispetto alla genitorialità e a costruire a posteriori un significato positivo attorno a tale esperienza.

Il desiderio di genitorialità appare quindi come un'esperienza dinamica, che non sempre precede la scelta o l'evento della genitorialità, ma che può svilupparsi in risposta alle circostanze e alle responsabilità che essa comporta.

Questo processo di costruzione del desiderio sembra essere caratterizzato da una forte dimensione relazionale e contestuale, piuttosto che da una spinta interna stabile e definita sin dall'inizio.

Nel complesso, i risultati mostrano come il desiderio di diventare genitori, nelle esperienze dei partecipanti, non possa essere compreso come un elemento fisso o universalmente condiviso, ma come un percorso che si modella nel tempo, intrecciandosi con le relazioni, le condizioni di vita e le esperienze corporee e identitarie.

2.6.2 Essere genitori oltre le categorie binarie crescendo figli liberi di esplorarsi.

“Già lo avevo dentro di me, che dovevo fare il genitore, o il papà, o la mamma ...”

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge in modo ricorrente una concezione della genitorialità svincolata dalle tradizionali categorie di “madre” e “padre” e l’importanza di crescere i propri figli in una prospettiva libera da norme di genere rigide.

Il desiderio di diventare genitori viene frequentemente descritto come indipendente dall’identità di genere, mentre i ruoli genitoriali appaiono definiti principalmente in termini di cura, responsabilità e presenza, piuttosto che attraverso attribuzioni di genere.

Molti partecipanti riferiscono di non aver attribuito particolare importanza all’essere riconosciuti come madre o padre, sottolineando invece il valore dell’essere genitori in senso ampio.

La funzione genitoriale viene così intesa come un ruolo relazionale, costruito nel quotidiano, piuttosto che come un’estensione dell’identità di genere.

Alcuni partecipanti sottolineano come il desiderio di genitorialità fosse presente indipendentemente dalle riflessioni sul genere, mentre altri descrivono un progressivo allontanamento dalle categorie di madre e padre proprio a seguito dell’esperienza genitoriale.

In diversi racconti emerge inoltre una riflessione critica sulle aspettative “comuni” legate ai ruoli di genere nella genitorialità, sottolineando l’ancora forte legame della società odierna al concetto di binarismo.

I partecipanti riferiscono di aver attribuito grande importanza a un’educazione improntata all’uguaglianza, evitando di riprodurre differenze basate sul genere sia nel modo di pensare sé stessi come genitori sia nel rapporto con i figli. In questo senso, la genitorialità viene

descritta come uno spazio in cui è possibile mettere in pratica valori personali e politici, piuttosto che aderire a ruoli predefiniti.

Dalle narrazioni emerge un forte sentimento legato all'importanza di aprire le porte ai figli sulla propria sperimentazione, al rispetto delle richieste in quanto esseri umani e non solo bambini. Questo porta ad avere uno spazio libero per provare e la creazione di un ambiente in cui il dialogo è messo al primo posto, ciò forse a seguito di molte delle esperienze in cui la comunicazione non c'era quando ad essere figli erano i genitori intervistati.

Per i partecipati l'ambiente privilegiato è quello orientato a favorire l'autodeterminazione, l'espressione autentica di sé e la possibilità, per i figli, di esplorare identità, interessi e modalità espressive senza vincoli legati al genere.

In molti racconti, l'esperienza personale di attraversamento o messa in discussione delle norme di genere viene esplicitamente richiamata come elemento che influenza il modo di pensare e vivere la genitorialità. I partecipanti riferiscono di essere particolarmente sensibili al rischio di trasmettere aspettative normative, sottolineando il desiderio di offrire ai figli uno spazio di crescita percepito come sicuro e non giudicante. In questo senso, la genitorialità viene descritta come un'occasione per interrompere la trasmissione intergenerazionale di modelli di genere rigidi.

I partecipanti raccontano di prestare attenzione al linguaggio utilizzato, ai giochi proposti, all'abbigliamento e alle attività incoraggiate, con l'obiettivo di evitare una precoce categorizzazione di genere.

“E' una bambina, sono felice, qualsiasi genere poteva andare bene... i bambini hanno tutti gli animali e i colori del mondo; quindi, la vestiamo con tutti i colori del mondo... che sia maschio, che sia femmina, potrebbe essere pure non binary, potrebbe fare un percorso di

affermazione, o no, noi la sosterremo in ogni cosa perché è nostra figlia e lei ha diritto di essere ciò che vuole perché è lei! Che si autodetermini come meglio creda.”

Questa attenzione viene descritta non come una neutralizzazione forzata del genere, ma come un’apertura alla pluralità delle possibilità, lasciando ai figli la libertà di definire progressivamente la propria identità.

All’interno delle narrazioni emergono anche riflessioni sulle possibili reazioni del contesto sociale ed educativo. Alcuni partecipanti esprimono preoccupazione rispetto al confronto dei figli con ambienti percepiti come meno inclusivi, quali la scuola o i contesti extrascolastici. Tali preoccupazioni non sembrano però tradursi in una rinuncia ai valori educativi dichiarati, ma piuttosto in una maggiore attenzione alla preparazione emotiva dei figli e alla costruzione di competenze relazionali utili ad affrontare eventuali situazioni di discriminazione o incomprensione.

In diversi racconti, i partecipanti sottolineano l’importanza di trasmettere ai figli valori legati al rispetto delle differenze, all’empatia e alla legittimità delle molteplici forme di espressione di genere e di orientamento.

La genitorialità viene così descritta come uno spazio di trasmissione valoriale attiva, in cui l’esperienza vissuta dai genitori contribuisce a modellare pratiche educative orientate all’inclusione e alla flessibilità.

Nel complesso, i genitori intervistati concepiscono l’educazione dei figli come un ambito connesso alla propria storia identitaria, ma non centrato su di essa. Piuttosto, l’obiettivo dichiarato appare quello di favorire lo sviluppo di soggettività autonome, capaci di costruire il proprio rapporto con il genere in modo libero e non vincolato da aspettative normative, all’interno di un contesto familiare percepito come accogliente e supportivo.

Essere genitori appare così come un'esperienza che consente di ridefinire e ampliare i significati tradizionalmente attribuiti ai ruoli genitoriali, favorendo una concezione più fluida e inclusiva della genitorialità stessa.

2.6.3 Disforia corporea durante il periodo di gestazione e gli ostacoli del sistema sanitario.

Dalle narrazioni di diversi partecipanti emerge come il desiderio e il percorso di genitorialità si intreccino in modo complesso con il rapporto con il corpo, in particolare durante il periodo della gravidanza e del post-partum. In questo contesto, un elemento ricorrente riguarda la presenza di vissuti di disforia corporea selettiva, che sembrano concentrarsi prevalentemente sul seno, piuttosto che sull'utero.

“Allora io la disforia... ce l'avevo più che altro per... per il seno... Non tanto per i genitali, diciamo così.”

In diversi racconti, soprattutto di uomini trans* e persone non-binary AFAB, la gravidanza viene descritta come un evento fortemente razionalizzato, reso possibile dalla presenza dell'utero e quindi vissuto come una funzione biologica necessaria per diventare genitori.

In questa prospettiva, l'utero appare come un organo “strumentale”, il cui significato viene depotenziato sul piano identitario: *“ho l'utero; quindi, sono io a dover portare avanti la gravidanza”* diventa una spiegazione ricorrente che consente di collocare l'esperienza della gestazione al di fuori del vissuto di genere.

Questa razionalizzazione sembra svolgere una funzione protettiva, permettendo ai partecipanti di sostenere il desiderio (o l'accettazione) della genitorialità anche in presenza di incongruenze corporee. Al contrario, il seno emerge come l'elemento corporeo

maggiormente carico di significato disforico. La sua visibilità sociale, il suo valore simbolico fortemente associato alla femminilità e il ruolo centrale nell'allattamento rendono il seno un punto critico per l'esperienza soggettiva dei partecipanti.

“Tentavo anche di non guardarmi; infatti, è anche una cosa che non ho detto prima, è anche stato un po' l'obbligo all'allattamento; io avevo detto che non volevo allattare.”

Diversi intervistati riferiscono che proprio durante la gravidanza e, soprattutto, nel periodo dell'allattamento, il rapporto con il proprio corpo sia diventato più problematico. Il seno viene vissuto come un elemento difficile da integrare nella propria identità di genere, generando sentimenti di estraneità, disagio e, in alcuni casi, vere e proprie strategie di evitamento, come il non guardarsi allo specchio o il tentativo di “separare” mentalmente il corpo dalla mente.

“Non lo so, perché io l'ho vissuta... le ho vissute come se se la mia testa fosse fuori. Non so come spiegarlo, cioè io ero come se i miei occhi vedessero una persona in gravidanza, non so come spiegarlo, un contenitore”

Questa scissione mente–corpo, non solo per il seno, viene descritta come una modalità necessaria per portare avanti la gravidanza e adempiere al ruolo genitoriale, mettendo temporaneamente in secondo piano il proprio vissuto identitario. Il carico emotivo diventa così molto elevato avendo come conseguenze differenti risultati: euforia dopo il parto di “tornare quell* di prima”, depressione postpartum o maggiore consapevolezza e necessità di iniziare il percorso di affermazione.

È significativo notare come, nonostante la presenza di disforia corporea, il desiderio di proteggere il benessere del figlio o della figlia rappresenti un fattore motivazionale centrale.

“Sì, c’è stata disforia, però sai cos’è? È una cosa strana, è una cosa strana perché tu lo senti dentro che c’è qualcosa che non è, che non sei tu e quindi la disforia se ne va proprio bellamente a cagare.”

“Perché per me l’allattamento... Per me, quando mi chiedevano "perché allatti?" "io allatto perché gli devo trasmettere gli anticorpi ai miei figli". Così gli rispondevo, non per, cioè per me era un atto dovuto per la loro salute.”

In alcuni casi, l’allattamento viene mantenuto nonostante il forte disagio, in quanto considerato funzionale alla salute del bambino, piuttosto che come espressione di un’identità genitoriale legata al genere.

Questo dato suggerisce come il desiderio di genitorialità possa portare a una ridefinizione temporanea del rapporto con il corpo, in cui alcune parti vengono tollerate o “messe tra parentesi” per rispondere alle esigenze della funzione genitoriale.

Nel complesso, i risultati mostrano come la disforia corporea non si presenti in modo uniforme, ma si concentri su specifici elementi corporei percepiti come più visibili e simbolicamente connotati.

L’utero, pur essendo direttamente coinvolto nella gravidanza, viene frequentemente descritto come un organo biologico neutro, mentre il seno rappresenta il principale luogo di tensione tra corpo, identità di genere e percorso di genitorialità.

Questi aspetti critici non vengono poi attenuati dal contesto sanitario che spesso è stato descritto descritti come spazi particolarmente critici, caratterizzati da linguaggi, pratiche e procedure che tendono a invisibilizzare o invalidare la loro identità di genere.

Le visite ginecologiche, il parto e l'allattamento vengono raccontati come momenti in cui l'incongruenza tra identità vissuta e riconoscimento sociale diventa più saliente, generando vissuti di disagio, stress e, in alcuni casi, sofferenza psicologica intensa.

In queste situazioni, il corpo gestante viene spesso letto esclusivamente attraverso categorie di genere femminili, rendendo difficile per i partecipanti sentirsi riconosciuti come genitori secondo la propria identità o secondo i loro bisogni.

In alcuni casi, viene sottolineata l'importanza di affidarsi a reti di supporto informali, come partner, amici, comunità LGBTQ+ o associazioni, che offrono spazi di riconoscimento e legittimazione dell'esperienza genitoriale al di fuori delle cornici istituzionali.

Parallelamente, emerge come la necessità di negoziare continuamente la propria posizione di genitore all'interno di un sistema cisnormativo comporti un carico emotivo significativo.

I partecipanti descrivono la fatica di dover spiegare, giustificare o rendere comprensibile la propria esperienza, sia nei contesti sanitari sia in quelli sociali più ampi. Questa esposizione costante al rischio di misgendering e invalidazione contribuisce a rafforzare vissuti riconducibili allo stress minoritario.

Nonostante tali difficoltà, molte narrazioni mettono in luce anche forme di agency e resilienza. Alcuni partecipanti descrivono il percorso genitoriale come un'esperienza che, pur attraversata da ostacoli, ha rafforzato il senso di autenticità e la capacità di rivendicare il proprio ruolo genitoriale.

In questo senso, la genitorialità viene talvolta reinterpretata come uno spazio di resistenza simbolica, in cui la cura, la responsabilità e la relazione con il figlio assumono un valore prioritario rispetto alle categorie di genere imposte dall'esterno.

2.6.4 Le reti di supporto durante e post gestazione.

Un altro tema ricorrente e importante che è emerso è il ruolo che l'attivismo trans* e, più in generale, il contatto con comunità e discorsi collettivi sull'identità di genere hanno avuto nella costruzione del desiderio di genitorialità e nella possibilità di renderlo pensabile e legittimo.

L'attivismo viene descritto non unicamente come partecipazione politica esplicita, ma anche come esposizione a reti relazionali, spazi associativi, narrazioni alternative e modelli di vita che mettono in discussione l'incompatibilità storicamente attribuita tra identità trans* e genitorialità.

“È stato importante in quel momento conoscere ad esempio una persona che a me ha... una persona trans, una persona donna, che frequentava appunto il posto in cui lavoravo, c'era questa ragazza che era incinta”

“Stare dentro associazioni lgbt ci ha dato l'opportunità di avere un maggior accesso a conoscenze per quanto noi abbiamo anche cercato per conto nostro, però sapere che c'è qualcuno a cui poter far riferimento, a cui poter fare una prima richiesta”.

Per alcuni partecipanti, l'incontro con altre persone trans* genitori o con rappresentazioni positive della transgenitorialità ha rappresentato un punto di svolta simbolico, consentendo di immaginarsi come futuri genitori in modo meno frammentato e più coerente con la propria identità di genere. In questo senso, l'attivismo assume la funzione di dispositivo di visibilità, capace di ampliare l'orizzonte delle possibilità esistenziali e di contrastare processi di esclusione interiorizzata.

Un elemento ricorrente riguarda il passaggio da una visione inizialmente individuale e privata del desiderio genitoriale a una comprensione più ampia e politicamente situata della genitorialità.

Alcuni partecipanti descrivono il proprio percorso genitoriale come intrinsecamente intrecciato a una dimensione collettiva, in cui diventare genitori assume anche il significato di affermare la legittimità delle famiglie trans* all'interno dello spazio sociale.

In queste narrazioni, la genitorialità non è rappresentata solo come progetto personale, ma come atto simbolico che interroga e sfida le norme cis- ed eteronormative.

Parallelamente, emergono posizioni più ambivalenti o distanziate rispetto all'attivismo. Alcuni partecipanti sottolineano come il proprio desiderio di genitorialità preceda o sia indipendente dall'impegno attivista, pur riconoscendo che il contatto con contesti informati e inclusivi abbia facilitato l'accesso a informazioni, risorse e supporti emotivi. In questi casi, l'attivismo appare come uno sfondo abilitante piuttosto che come un motore diretto del desiderio genitoriale.

In più racconti, l'attivismo viene inoltre associato a un aumento della consapevolezza critica rispetto alle barriere strutturali e istituzionali che ostacolano i percorsi di genitorialità delle persone trans*. La conoscenza dei limiti normativi, delle pratiche sanitarie cisnormative e delle disuguaglianze di accesso ai servizi sembra contribuire a una maggiore preparazione psicologica nell'affrontare il percorso genitoriale, ma anche a vissuti di fatica e sovraccarico emotivo.

Nel complesso si può dire che avere contatti con un ambiente informato e simile per vissuti, più che determinare direttamente il desiderio di avere figli, sembra favorire processi di legittimazione simbolica, consapevolezza e agency, permettendo ai partecipanti di collocare il proprio progetto genitoriale all'interno di una narrazione identitaria e sociale più ampia.

Discussione finale

3.1 Limiti e Punti di forza

Limiti

- Dimensione ridotta del campione

Il numero limitato di partecipanti (N=13), coerente con la natura qualitativa dello studio, comporta che i risultati si basino su un insieme circoscritto di esperienze e non possano rappresentare l'intera popolazione transgender, né in Italia né in altri contesti.

- Composizione anagrafica del campione

I partecipanti appartengono prevalentemente a una fascia di età medio-alta (40-69 anni), con percorsi genitoriali spesso collocati in fasi storiche caratterizzate da un minore riconoscimento sociale e giuridico delle identità trans*. Ciò rende i risultati meno rappresentativi delle esperienze delle generazioni più giovani.

- Bias di selezione e autoselezione

La partecipazione volontaria allo studio potrebbe aver favorito il coinvolgimento di persone maggiormente motivate a raccontare la propria esperienza, o con vissuti particolarmente significativi, positivi o critici. Tale aspetto potrebbe aver influenzato le narrazioni raccolte e, di conseguenza, i temi emersi dall'analisi.

- Limitata generalizzabilità dei risultati

In quanto studio qualitativo, i risultati non sono pensati per essere generalizzabili in senso statistico. Inoltre, la specificità del contesto italiano — caratterizzato da particolari cornici normative, sociali e sanitarie — rende cauta l'estensione dei risultati ad altri contesti culturali o nazionali.

- Assenza di dati quantitativi

La mancanza di una componente quantitativa non consente di stimare la diffusione o l'impatto delle difficoltà e delle risorse emerse, né di misurare l'estensione dei temi individuati all'interno della più ampia popolazione transgender e/o non binary.

- Assenza di una prospettiva longitudinale

Lo studio offre una fotografia delle esperienze e delle percezioni dei partecipanti in un momento specifico del loro ciclo di vita. Tuttavia, tali vissuti potrebbero modificarsi nel tempo in relazione all'evoluzione del percorso di affermazione di genere, della genitorialità e del contesto sociale, dinamiche che la presente analisi non è in grado di cogliere.

- Ruolo attivo della ricercatrice nel processo interpretativo

La ricercatrice ha assunto un ruolo attivo nella conduzione delle interviste e nell'interpretazione del materiale raccolto, riconoscendo il proprio posizionamento teorico e clinico. Tale coinvolgimento, sebbene coerente con l'approccio qualitativo, implica che la costruzione dei significati emerga dall'incontro tra le narrazioni dei partecipanti e il processo interpretativo della ricercatrice, rendendo i risultati espressione di una conoscenza situata.

Punti di forza

- Solidità della cornice teorica

Lo studio si fonda su una revisione ampia e articolata della letteratura nazionale e internazionale, che integra contributi clinici, psicodinamici e psicosociali. Tale cornice consente di inquadrare la genitorialità trans* come un fenomeno complesso e multidimensionale, evitando letture patologizzanti e riduzionistiche.

- Chiarezza del posizionamento metodologico

La scelta di un disegno di ricerca qualitativo risulta coerente con gli obiettivi esplorativi della tesi, orientati alla comprensione dei significati soggettivi attribuiti al desiderio di genitorialità e all'esperienza genitoriale. L'uso delle interviste semi-strutturate ha permesso di raccogliere narrazioni ricche e articolate, rispettando la singolarità delle traiettorie di vita dei partecipanti.

- Coerenza tra obiettivi, strumenti e analisi dei dati

Vi è una chiara coerenza tra le ipotesi di ricerca, gli strumenti di raccolta dati e l'analisi tematica adottata. Tale allineamento rafforza la credibilità dei risultati e ne facilita la lettura interpretativa all'interno del quadro teorico di riferimento.

- Valorizzazione della complessità e della non linearità dei percorsi

Il lavoro riconosce e valorizza la natura processuale, dinamica e non lineare del desiderio genitoriale nelle persone trans*, evitando semplificazioni e generalizzazioni. La pluralità delle esperienze viene considerata una risorsa interpretativa piuttosto che una criticità metodologica.

- Rilevanza clinica e sociale dello studio

La ricerca affronta un tema ancora poco esplorato nel contesto italiano, offrendo spunti utili per la pratica clinica e per la formazione di professionisti della salute mentale. I risultati contribuiscono a decostruire narrazioni stigmatizzanti e a promuovere una maggiore consapevolezza delle condizioni sociali e istituzionali che influenzano il benessere delle famiglie con genitori trans*.

- Sensibilità culturale

L'analisi prende in considerazione il contesto culturale italiano e la sua influenza sulle norme di genere e sulle aspettative di genitorialità, fornendo una comprensione localizzata delle dinamiche sociali;

- Approfondimento tematico

L'analisi qualitativa offre un'esplorazione dettagliata dei temi ricorrenti relativi alla genitorialità transgender. I temi trattati, come gli ostacoli dell'ambiente sanitario, le reti di supporto, la disforia corporea, e l'esperienza personale, sono stati esaminati in modo approfondito;

3.2 Ricadute teoriche e cliniche

Dal punto di vista teorico, i risultati dello studio confermano e rafforzano una concezione del desiderio di genitorialità come processo emergente, dinamico e non lineare, piuttosto che come impulso istintivo, universale o statico. Le narrazioni dei partecipanti mostrano come il desiderio di diventare genitori si sviluppi nel tempo, in stretta relazione con il percorso di affermazione dell'identità di genere, con le esperienze corporee e con i contesti relazionali e sociali di riferimento.

Tale evidenza si colloca in continuità con i contributi teorici che concepiscono la coscienza procreativa come una costruzione psichica complessa, influenzata da fattori intrapsichici, relazionali e simbolici (Carone, 2021), e contribuisce a mettere in discussione una visione naturalizzante e procreativista della genitorialità.

In questo senso, la genitorialità trans* emerge come un osservatorio privilegiato per ripensare il desiderio genitoriale al di fuori dei presupposti cisnormativi ed eteronormativi che tradizionalmente ne hanno delimitato la legittimità.

Un'ulteriore ricaduta teorica riguarda la distinzione tra identità di genere e funzione genitoriale. I risultati mostrano come i partecipanti tendano a decostruire le categorie binarie di "madre" e "padre", attribuendo centralità alle funzioni di cura, responsabilità e presenza affettiva piuttosto che al genere del genitore. Questa rinegoziazione simbolica dei ruoli genitoriali non appare come una fonte di confusione o disorganizzazione, ma come una

modalità coerente e funzionale di costruzione dell'identità genitoriale, in grado di rispondere ai bisogni relazionali dei figli.

Tale dato contribuisce ad arricchire il dibattito teorico sulla genitorialità, sostenendo una prospettiva che separa il ruolo genitoriale dalle determinazioni biologiche e di genere, e che valorizza la dimensione relazionale e simbolica della funzione genitoriale. In questa prospettiva, la transgenitorialità non rappresenta una deviazione rispetto ai modelli esistenti, ma un'esperienza che rende visibili le dimensioni costitutive e non essenzialistiche della genitorialità stessa.

I risultati evidenziano inoltre come le difficoltà e i vissuti di sofferenza riportati dai partecipanti non siano riconducibili alla genitorialità trans* in sé, bensì alle condizioni sociali, istituzionali e sanitarie in cui tale esperienza prende forma. Le narrazioni mettono in luce il peso dello stigma, delle barriere normative e della mancanza di riconoscimento istituzionale nel modellare l'esperienza genitoriale, confermando i contributi teorici sullo stress minoritario.

In questo senso, lo studio contribuisce a spostare l'attenzione da una lettura individualizzante del disagio a una comprensione contestuale e sistemica, in cui la sofferenza psicologica viene interpretata come il prodotto di ambienti sociali non inclusivi piuttosto che come indice di una presunta fragilità intrinseca delle persone trans* come genitori.

Sul piano clinico, i risultati della ricerca suggeriscono importanti implicazioni per la pratica psicologica e psicoterapeutica con persone trans* che sono o desiderano diventare genitori. In primo luogo, emerge la necessità di adottare un approccio clinico affermativo e non patologizzante, capace di accogliere il desiderio genitoriale come dimensione legittima dell'identità e del progetto di vita delle persone trans*.

Lo spazio clinico può assumere un ruolo fondamentale nel consentire l'esplorazione del desiderio di genitorialità senza presupposti normativi, offrendo un contenitore in cui possano

essere pensate e simbolizzate anche le ambivalenze, i timori e le contraddizioni che accompagnano tali percorsi. I vissuti ambivalenti emersi nelle narrazioni, in particolare nei casi di gravidanza e gestazione, non dovrebbero essere interpretati come segnali di inadeguatezza genitoriale, ma come espressioni della complessità psichica che caratterizza ogni transizione evolutiva significativa.

Un ambito clinico di particolare rilevanza riguarda il rapporto con il corpo e con la disforia di genere nei percorsi di genitorialità biologica. I risultati mostrano come la gravidanza possa riattivare vissuti disforici e conflitti corporei, soprattutto in assenza di un contesto sanitario competente e rispettoso dell'identità di genere.

Ciò evidenzia l'importanza di un accompagnamento psicologico integrato nei servizi perinatali e nei percorsi di affermazione di genere, volto a sostenere l'elaborazione emotiva delle trasformazioni corporee e a prevenire esperienze di isolamento e invalidazione.

Un'ulteriore ricaduta clinica riguarda il lavoro con le reti relazionali. Le narrazioni dei partecipanti sottolineano il ruolo protettivo delle reti di supporto familiari, sociali e comunitarie nel promuovere il benessere psicologico durante e dopo la transizione e nel percorso genitoriale.

In questo senso, la clinica può favorire interventi che valorizzino il coinvolgimento di partner, figli e reti significative, sostenendo processi di comunicazione, rinegoziazione dei ruoli e costruzione condivisa di significati.

Infine, i risultati della presente ricerca evidenziano la necessità di una maggiore formazione degli operatori sanitari e dei professionisti della salute mentale sulle tematiche della transgenitorialità. La mancanza di competenze specifiche e l'adozione di modelli cisnormativi nei contesti clinici e istituzionali rappresentano fattori di rischio per il benessere psicologico delle persone trans* e delle loro famiglie. Una clinica realmente inclusiva richiede pertanto un ripensamento delle pratiche, del linguaggio e delle cornici teoriche

utilizzate, affinché la genitorialità trans* possa essere riconosciuta e sostenuta nella sua complessità.

Nel complesso, le ricadute teoriche e cliniche di questo studio invitano a considerare la transgenitorialità non come un'eccezione problematica, ma come una forma di esperienza genitoriale che contribuisce ad ampliare e arricchire i modelli di comprensione della genitorialità stessa, sollecitando una psicologia clinica più attenta alla pluralità dei percorsi di vita e delle configurazioni familiari.

Potrebbe essere interessante integrare in ambito clinico e in futuri studi di tipo mixed-methods, strumenti standardizzati selezionati in modo critico e non patologizzante, capaci di cogliere specifiche dimensioni dell'esperienza genitoriale delle persone trans*. In particolare, alcuni strumenti appaiono di particolare interesse per la comprensione e il supporto clinico dei vissuti descritti dai partecipanti.

Il *Parenting Stress Index* (PSI) rappresenta uno strumento potenzialmente utile per esplorare il livello di stress associato al ruolo genitoriale, distinguendo lo stress legato alle normali richieste della genitorialità da quello derivante da fattori contestuali e relazionali.

Alla luce delle narrazioni raccolte, l'utilizzo del PSI potrebbe consentire di evidenziare come il carico di stress sperimentato dai genitori trans* non sia riconducibile alla loro identità di genere o a una presunta inadeguatezza genitoriale, ma piuttosto alle pressioni esterne, alle difficoltà di riconoscimento istituzionale e alle esperienze di stigma. In ambito clinico, tale strumento potrebbe favorire una lettura più articolata del disagio, sostenendo interventi mirati alla riduzione dei fattori di stress ambientale piuttosto che alla messa in discussione delle competenze genitoriali.

In stretta connessione con questo aspetto, i risultati dello studio confermano la rilevanza del *gender minority stress* come cornice teorica e clinica per comprendere il benessere psicologico dei genitori trans*. L'eventuale integrazione di strumenti specifici per la

valutazione dello stress minoritario, come misure che esplorano stigma percepito, aspettativa di rifiuto e stigma interiorizzato, consentirebbe di rendere più visibile l'impatto delle condizioni sociali e istituzionali sull'esperienza genitoriale.

In una prospettiva clinica affermativa, tali strumenti possono essere utilizzati non come etichette diagnostiche, ma come dispositivi di consapevolezza, utili a validare i vissuti di stress cronico e a orientare interventi di sostegno centrati sul rafforzamento delle risorse individuali, relazionali e comunitarie.

Un ulteriore strumento di interesse clinico è la *Parental Sense of Competence Scale*, che misura il senso di efficacia e di soddisfazione nel ruolo genitoriale. I risultati della presente ricerca mostrano come molti partecipanti costruiscano la propria identità genitoriale al di fuori delle categorie tradizionali di madre e padre, valorizzando le funzioni di cura e responsabilità.

In questo contesto, l'esplorazione del senso di competenza genitoriale può risultare particolarmente significativa per sostenere la legittimazione interna del ruolo genitoriale, soprattutto in presenza di contesti sociali invalidanti. In ambito clinico, tale strumento potrebbe facilitare il lavoro sul rafforzamento dell'autoefficacia genitoriale e sulla rielaborazione di eventuali vissuti di dubbio o svalutazione interiorizzata, contribuendo a contrastare gli effetti dello stigma interiorizzato.

Nel complesso, l'integrazione di strumenti come il Parenting Stress Index, le misure di gender minority stress e la Parental Sense of Competence Scale, se utilizzati in modo critico e contestualizzato, può arricchire la pratica clinica offrendo una lettura più sfaccettata dell'esperienza genitoriale trans*.

Tali strumenti risultano particolarmente indicati se affiancati a metodologie qualitative, in quanto permettono di mantenere al centro la soggettività dei vissuti e di evitare interpretazioni riduttive o patologizzanti. In questa prospettiva, la valutazione psicologica

non si configura come un dispositivo di controllo, ma come uno spazio di riconoscimento e di sostegno, coerente con una clinica inclusiva e affermativa della transgenitorialità.

3.3 Direzioni future

I risultati del presente studio, pur nella loro natura esplorativa e qualitativa, aprono numerose prospettive per future linee di ricerca e intervento clinico, mettendo in evidenza aree che necessitano di un ulteriore approfondimento sia sul piano scientifico sia su quello applicativo.

Una prima direzione futura riguarda l'opportunità di ampliare il campione di ricerca, includendo un numero maggiore di partecipanti e diversificando ulteriormente le caratteristiche sociodemografiche e i percorsi di vita. In particolare, coinvolgere persone transgender appartenenti a fasce di età più giovani permetterebbe di esplorare esperienze di genitorialità che si sviluppano in un contesto sociale, culturale e normativo in parziale evoluzione, offrendo un confronto tra generazioni e traiettorie differenti. Un campione più ampio e variegato consentirebbe inoltre di aumentare la trasferibilità dei risultati e di cogliere una maggiore pluralità di vissuti.

In questa prospettiva, un ulteriore sviluppo potrebbe essere rappresentato dall'integrazione di approcci qualitativi e quantitativi. Accanto alla profondità delle narrazioni individuali, l'introduzione di strumenti quantitativi permetterebbe di stimare la diffusione di specifiche difficoltà, risorse o bisogni emersi, contribuendo a una comprensione più articolata del fenomeno e facilitando il dialogo con i contesti istituzionali e sanitari.

Un'altra direzione rilevante riguarda la possibilità di ampliare le prospettive coinvolte nella ricerca, includendo non solo i genitori transgender, ma anche l'altro genitore, i figli e, più in generale, le reti familiari e sociali significative. Tale ampliamento consentirebbe di esplorare la genitorialità trans* come processo relazionale e sistemico, cogliendo le dinamiche di

adattamento, le risorse e le criticità che emergono all'interno delle relazioni familiari nel loro complesso.

Inoltre, future ricerche potrebbero adottare un disegno longitudinale, al fine di osservare l'evoluzione dei vissuti genitoriali nel tempo. Studi di questo tipo permetterebbero di comprendere come il desiderio di genitorialità, l'esperienza dell'essere genitori e il benessere psicologico si modificano in relazione alle diverse fasi del ciclo di vita, ai cambiamenti nei percorsi di affermazione di genere e alle trasformazioni del contesto sociale e istituzionale.

Accanto alle prospettive di ricerca, i risultati dello studio evidenziano con forza la necessità di interventi orientati alla sensibilizzazione e alla formazione. Le esperienze narrate dai partecipanti suggeriscono come una scarsa conoscenza delle tematiche legate all'identità di genere e alla genitorialità trans* possa tradursi in vissuti di esclusione o mancato riconoscimento, con ripercussioni sul benessere psicologico. In questo senso, appare fondamentale promuovere una maggiore consapevolezza a livello sociale, contrastando stereotipi e pregiudizi ancora presenti.

In particolare, emerge l'urgenza di una formazione specifica e continuativa dei professionisti della salute, tra cui psicologi, medici, infermieri e ostetriche, soprattutto nei contesti della salute riproduttiva, della gravidanza, del parto e del sostegno alla genitorialità. Servizi sanitari più informati e competenti potrebbero offrire percorsi di cura e accompagnamento maggiormente rispettosi, inclusivi e centrati sulla persona, favorendo relazioni di fiducia e alleanze terapeutiche efficaci.

In conclusione, il presente studio si propone come un punto di partenza per ulteriori approfondimenti, sottolineando l'importanza di un approccio integrato che coniughi ricerca, pratica clinica e interventi di sensibilizzazione.

Investire in queste direzioni future appare essenziale per promuovere il benessere delle persone transgender e delle loro famiglie, contribuendo allo sviluppo di servizi e contesti sociali sempre più attenti alla complessità delle esperienze genitoriali.

In questa prospettiva, risulta fondamentale promuovere una collaborazione attiva e dialogica tra la comunità scientifica e le persone transgender, in particolare i genitori, superando una concezione della ricerca che li collochi esclusivamente come oggetti di studio.

Coinvolgere attivamente i genitori transgender nei processi di ricerca, progettazione e valutazione degli interventi consente di produrre conoscenze maggiormente aderenti ai vissuti reali, eticamente fondate e clinicamente rilevanti.

Tale collaborazione può favorire una circolazione bidirezionale del sapere, in cui l'esperienza vissuta e la competenza scientifica si integrano, contribuendo allo sviluppo di pratiche, servizi e politiche sempre più informate, rispettose e inclusive.

Bibliografia

- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). *Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study*. *The journal of sexual medicine*, 15(5), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Blanchard R. (2010). The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 363–372. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9541-3>
- Bölte, S., Neufeld, J., Marschik, P. B., Williams, Z. J., Gallagher, L., & Lai, M. C. (2023). Sex and gender in neurodevelopmental conditions. *Nature reviews. Neurology*, 19(3), 136–159. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00774-6>
- Botteghi E, (2024). Storie di genitori trans*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bundesverband Trans* e. V. (2021). *Trans mit Kind! – Tipps für trans* und nicht-binäre Personen mit Kind(ern) oder Kinderwunsch**. <https://www.bundesverband-trans.de/publikationen/trans-mit-kind/> (ed. it. Trans* con figl3. Suggestimenti per (futurə) genitori trans* e loro alleatə, 2023. Coordinatore: Botteghi E.; traduttore dal tedesco: Alex Romanella A. <https://www.circolopink.it/wp-content/uploads/2023/03/Trans-con-figl3.pdf>)
- Butler J. (2006). *La disfatta del genere*, Maltemi, Roma.
- Carone N., (2021). *Le famiglie omogenitoriali*.
- Carone, N., Rothblum, E. D., Bos, H. M. W., Gartrell, N. K., & Herman, J. L. (2021). Demographics and health outcomes in a U.S. probability sample of transgender parents. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family*

Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 35(1), 57–68.

<https://doi.org/10.1037/fam0000776>

- Church, H. A., O’Shea, D., & Lucey, J. V. (2014). *Parent-child relationships in gender identity disorder*. *Irish Journal of Medical Science*, 183(2), 277–281.
<https://doi.org/10.1007/s11845-013-1003-1>
- Crocq M. A. (2022). How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses - a historical review. *Dialogues in clinical neuroscience*, 23(1), 44–51.
<https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2042166>
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T’sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36–43.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1102716>
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T’sjoen, G. (2017). Resilience in Families in Transition: What Happens When a Parent Is Transgender?
<https://doi.org/10.1111/fare.12282>
- Drescher J. (2020). Queer Diagnoses Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) Review and Recommendations Prepared for the DSM-V Sexual and Gender Identity Disorders Work Group. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(3), 308–335.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.18302>
- Ferrara, P., Di Sipio Morgia, C., & Sacco, R. (2021). Disforia di genere: quello che il pediatra deve sapere. *Pediatria*, 10-11.
- James-Abra, S., Tarasoff, L. A., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., & Ross, L. E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 30(6), 1365–1374.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>

- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., & Briken, P. (2017). Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Archives of sexual behavior*, 46(5), 1529–1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0944-2>
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. The Haworth Clinical Practice Press
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2018). *Psychodynamic diagnostic manual* (2nd ed.).
- Malmquist, A. (2022). Transgender Men Forming Two-Father Families with Their Cisgender Male Partners: Negotiating Gendered Expectations and Self-Perceptions. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*, 18(5), 369–385. <https://doi.org/10.1080/27703371.2022.2113582>
- Norwood, K. (2013). Meaning Matters: Framing Trans Identity in the Context of Family Relationships. *Journal of GLBT Family Studies*, 9(2), 152–178. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.765262>
- Petit, M.-P., Julien, D., & Chamberland, L. (2017). *Negotiating parental designations among trans parents' families: An ecological model of parental identity*. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 282–295. <https://doi.org/10.1037/sgd0000231>
- Pfeffer, C.A., & Jones, K. (2020). *Transgender-Parent Families*. *LGBTQ-Parent Families*, 199-214. [10.1007/978-3-030-35610-1_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-35610-1_12)
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and

human rights considerations. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>

- Sutter, P. & Kira, K. & Verschoor, A. & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*. 6.
- Tornello, S. L., Riskind, R. G., & Babić, A. (2019). Transgender and gender non-binary parents' pathways to parenthood. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(2), 232–241. <https://doi.org/10.1037/sgd0000323>
- Zucker, K. J., & Spitzer, R. L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of sex & marital therapy*, 31(1), 31–42. <https://doi.org/10.1080/00926230590475251>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of sexual behavior*, 42(5), 901–914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il mio relatore Nicola Carone per avermi dato l'opportunità di sviluppare questo progetto di tesi, consentendomi di approfondire un tema molto importante e delicato. La possibilità di confrontarmi con un ambito di ricerca così attuale e complesso ha rappresentato un'importante occasione di crescita accademica e umana.

La ringrazio per aver accolto e sostenuto la proposta di questo lavoro, permettendomi di portare avanti uno studio che mi ha arricchita profondamente.

Un ringraziamento speciale va a Egon Botteghi, per la competenza e l'impegno con cui ha accompagnato la realizzazione di questo lavoro.

Attivista per i diritti delle persone trans*, ricercatore indipendente, formatore esperto sulle tematiche trans* e facilitatore di gruppi di auto mutuo aiuto, Egon ha messo a disposizione della ricerca non solo le sue conoscenze teoriche e la sua esperienza maturata anche all'interno di realtà accademiche e associative nazionali, ma soprattutto la sua sensibilità e il suo sguardo critico.

Il suo contributo è stato fondamentale nella strutturazione dell'intervista, aiutandomi a renderla realmente inclusiva, rispettosa e capace di accogliere la complessità delle esperienze genitoriali trans*. Grazie al suo confronto attento, lo strumento di ricerca è diventato uno spazio più consapevole, capace di evitare semplificazioni e di valorizzare le narrazioni delle persone coinvolte.

In qualità di referente nazionale per la genitorialità trans* della Rete Genitori Rainbow e figura attiva sul territorio livornese, Egon mi ha inoltre messo in contatto con genitori trans* disposti a partecipare e a condividere le proprie storie. Senza la sua mediazione, la sua credibilità e la fiducia costruita nel tempo attraverso il suo lavoro, questa ricerca non avrebbe potuto prendere forma nella maniera in cui è avvenuto.

La sua dedizione nel promuovere consapevolezza, diritti e inclusione, anche attraverso il teatro e la formazione, rappresenta un esempio concreto di come l'impegno sociale e quello culturale possano intrecciarsi.

Un ringraziamento profondo va a tutte le persone che hanno partecipato a questa ricerca, condividendo con me le proprie storie di vita e di genitorialità.

Accettare di raccontarsi, ripercorrere esperienze intime e talvolta complesse, parlare del proprio percorso di affermazione di genere e del desiderio di diventare genitori è un atto di grande generosità e fiducia. Le vostre parole hanno dato corpo e significato a questo lavoro, trasformando un progetto accademico in uno spazio di ascolto autentico.

Ogni intervista è stata per me un incontro prezioso. Le vostre narrazioni hanno restituito profondità, complessità e umanità al tema della genitorialità trans*, contribuendo a decostruire stereotipi e a rendere visibili esperienze spesso marginalizzate.

Questa tesi esiste grazie alla vostra disponibilità, al vostro coraggio e alla vostra volontà di cooperare affinché la ricerca possa diventare uno strumento di conoscenza, comprensione e cambiamento. Ve ne sono profondamente grata.

“Questo progetto mi ha completamente confiscato la vita, tesoro.

Mi ha consumata come solo un lavoro da eroe riesce a fare.

*Il mio capolavoro, lo ammetto:
semplice, elegante eppure... Importante!”*

Edna, Gli Incredibili