

**L'impatto dello stigma sulla salute  
delle persone trans e non binarie:  
una proposta interpretativa  
all'intersezione con prospettive crip,  
disabili e neurodiverse / The impact  
of stigma on the health of trans and  
nonbinary individuals: an interpretive  
proposal at the intersection with crip,  
disability, and neurodiverse perspectives**

AG AboutGender  
2024, 13(25), 198-240  
CC BY

Fau Rosati

La Sapienza University, Rome, Italy

**Abstract**

Starting from a situated positioning, this paper aims to propose some reflections on the issue of the health of trans and nonbinary people, as members of oppressed social groups and, consequently, particularly exposed to unique and chronic sources of stress. In order not to fall into pathologizing, victimizing, and disempowering rhetoric, this work integrates perspectives from trans, crip, disability, and neurodiversity studies. To provide a comprehensive and complex view of trans health, this work examines the pervasive issues of cisgenderism and transphobia prevalent in Western societies, historically contributing to the

---

**Corresponding Author:**  
Fau Rosati  
La Sapienza University, Rome, Italy  
fau.rosati@uniroma1.it

DOI: 10.15167/2279-5057/AG2024.13.25.2265

pathologization of trans identities. Concluding with an interpretive framework at the intersection of trans identity and neurodiversity, different affirmative practices for health professionals and researchers will be proposed, aimed at enhancing the self-determination of trans and nonbinary individuals.

**Keywords:** trans, nonbinary, disability, neurodiversity, minority stress.

## 1. Introduzione

Scrivo questo contributo pochi giorni dopo aver visto il docufilm del filosofo trans Paul B. Preciado, *Orlando: my political biography* al Festival del Cinema di Roma, dove l'autore racconta una biografia al contempo personale e collettiva: la storia delle esperienze *transgender* (o trans), la nostra storia. Collettiva è anche la modalità scelta da Preciado di attraversare il *red carpet* del festival, estendendo l'invito a marciare insieme a tutte le persone, associazioni e realtà trans italiane che hanno fatto (e continuano a fare) parte della storia, tra cui Libellula<sup>1</sup> e Movimento Identità Trans (MIT)<sup>2</sup>. Mentre guardavo il film e mi ritrovavo nei racconti degli *Orlando* protagonisti, cercavo disperatamente mani a cui aggrapparmi. Sono abituato a partecipare a iniziative centrate su temi trans con altre persone trans e alleate, con compagni con cui porto avanti percorsi politici di autodeterminazione delle nostre esistenze, con cui mi organizzo a partire (anche) da momenti di autocoscienza. Siamo abituati a cercarci, a stare insieme e proteggerci per attutire gli effetti di micro e macroaggressioni che avvengono per scarsa consapevolezza delle persone *cisgender* (o cis, persone non trans) o per transfobia.

Quando hai passato la gran parte della tua vita senza sapere di poter esistere, ritrovarsi nei racconti di altre persone è un'esperienza al tempo stesso di esal-

---

<sup>1</sup> <https://www.libellulaitalia.com/>

<sup>2</sup> <https://mit-italia.it/>

tazione e scombussolamento. La dimensione di sorpresa lascia solitamente spazio alla rabbia di fronte alla realizzazione di essere stati bersagli inconsapevoli di una violenza epistemica, che potremmo chiamare *cisgenderismo* (Ansara e Berger 2016) o *cissexismo* (Serano 2016) - concetti che verranno approfonditi in seguito - che rende valide e legittime esclusivamente le persone cisgender (ed eterosessuali), relegando a uno spazio di marginalità e invisibilità le persone trans e non binarie. A partire dalla collettivizzazione delle nostre storie costruiamo narrazioni e linguaggi che ci restituiscono la dignità di esistere, ci rendono vivi (Marcasciano 2018, 2020; Sottile 2021). Ad oggi, l'esperienza di consapevolezza e individuazione trans è inevitabilmente collettiva, da sola non potremmo sapere chi siamo. È grazie ai movimenti dal basso, alle lotte di associazioni e collettivi politici, se oggi abbiamo accesso - seppur con importanti riserve - a quello che dovrebbe essere un diritto fondamentale alla nostra salute e sopravvivenza (Bassetti 2020).

Con questo contributo intendo proporre alcune riflessioni sul tema della salute delle persone trans e non binarie, intese come appartenenti a gruppi sociali oppressi e, di conseguenza, particolarmente esposte a problemi di salute fisica e mentale a causa del loro vissuto sociale (Testa *et al.* 2015). Consapevole che quando si tratta il tema della salute in riferimento a gruppi stigmatizzati si corre il rischio di cadere in una retorica patologizzante, vittimizzante e *disempowering*, attingerò anche a prospettive derivanti da autori appartenenti a comunità - come quella disabile - che, proprio in virtù dei processi sociali di vulnerabilizzazione agiti ai loro danni, hanno prodotto saperi situati che ribaltano tali visioni (Baril 2015; Maltese e Fazliu 2023; McRuer 2006). Inoltre, proporrò una lettura della salute delle persone trans come strettamente condizionata dal contesto cissexista e transfobico che caratterizza le società occidentali, a partire da accenni di storia della patologizzazione trans in Italia e utilizzando prospettive derivanti dai *trans studies* (Ansara e Berger 2016; Serano 2016; Stryker 2017). Mostrerò che l'impossibilità per le persone trans di autodeterminarsi rispetto ai propri percorsi di affermazione di genere, crea il terreno per lo sviluppo di diverse sintomatologie invalidanti da un punto di vista

fisico e psicologico. Lungo l'intero contributo privilegerò alcuni riferimenti bibliografici di autor3 trans italian3 (oltre a quell3 internazionali) che vengono spesso invisibilzzat3 nelle produzioni scientifiche e che, invece, costituiscono fonti primarie per una genealogia dei saperi trans in Italia.

Nel prossimo paragrafo descriverò i miei posizionamenti personali, professionali e di attivismo, in quanto determinano la mia pratica clinica, di ricerca e le proposte interpretative che svilupperò nel corso di questo articolo. Nel terzo paragrafo offrirò degli elementi di contesto relativi ai processi di patologizzazione e alle conseguenze degli stessi sulla vita delle persone trans, proponendo degli esempi concreti di come tali processi si manifestano, risultando in barriere strutturali e relazionali nell'accesso ai percorsi di affermazione di genere. Nel quarto paragrafo espliciterò la cornice epistemologica a cui faccio riferimento per sviluppare il ragionamento centrale dell'articolo, ovvero descriverò come lo stress da minoranza legato allo stigma condizioni il modo di stare nel mondo delle persone trans, comportando funzionamenti unici che possono essere intesi come divergenti rispetto a standard normativi di funzionamento neurocognitivo, emotivo, relazionale e sociale. Nello stesso paragrafo, proporrò prospettive alternative di (ri)definizione trans attraverso una riappropriazione *crip* e disabile. Nel quinto paragrafo cercherò di tirare le fila dei ragionamenti avanzati nelle pagine precedenti ipotizzando un modello di intersezione tra esperienze trans e neurodiverse e proponendo riflessioni e pratiche cliniche in grado di creare un contesto trans affermativo e alleato. Infine, presenterò una sezione di limiti e prospettive future di ricerca. Alla fine dell'articolo è presente una nota sul linguaggio in cui esplicito i termini che ho scelto di utilizzare per poter rappresentare in maniera rispettosa le identità e le comunità cui faccio riferimento.

## 2. Posizionamenti e riflessività

Sono una persona transmasch non binaria, bianca, di classe sociale media, non disabile. Sono psicologo e ricercatore precario nell'ambito degli studi trans e queer. Mi occupo da diversi anni dell'impatto dello stigma sulla salute fisica e mentale delle persone LGBTQIA+. Il mio umore e la mia salute mentale non seguono una "funzionalità lineare" e talvolta possono diventare invalidanti; questo mi interroga sulla mia vicinanza allo spettro delle neurodiversità (Baril 2015; Price 2011). Le prospettive che utilizzo sulla salute trans derivano principalmente da un background di attivismo all'interno del movimento transfemminista e queer; si fondano e ristrutturano ciclicamente attraverso pratiche di resistenza e lotta collettive, incontri con persone trans e creazione di saperi dal basso. In tal senso, il mio approccio teorico e metodologico si avvicina all'autoetnografia comunitaria (Toyosaki *et al.* 2009), che invita la ricercatrice a interrogarsi e responsabilizzarsi nei confronti dei processi, delle pratiche e dei risultati delle proprie ricerche (*accountability*). L'autoetnografia comunitaria esplicita l'intersezione dei posizionamenti di chi fa ricerca, creando il terreno per mettere in dialogo le narrazioni identitarie personali e accademiche. Alla collettività devo buona parte della mia formazione e alla collettività cerco di restituire pratiche di accesso a servizi e psicoterapie competenti. La metodologia autoetnografica mi consente di utilizzare il vissuto legato alle esperienze di oppressione sistemica per descrivere il contesto sociale in cui vivo e gli effetti dello stesso sulla salute delle persone con cui condivido ambiti identitari significativi. Si tratta perciò di una metodologia che va al di là della presentazione oggettiva degli eventi che intende descrivere, diventando occasione di elaborazione personale e potenzialmente terapeutica dei conflitti con il proprio contesto socioculturale (Saitta 2022; 2023).

Grazie ai percorsi politici e ai momenti di autoformazione transfemminista e autocoscienza fatti insieme ad altre persone trans, ho conosciuto gli ostacoli strutturali di accesso alla sanità per le persone trans. Devo molto ai collettivi

che ho attraversato e che si sono battuti contro la patologizzazione delle esperienze trans; che hanno costruito e proposto strumenti alternativi di accesso ai percorsi medici e legali di affermazione di genere, attingendo da esperienze internazionali alternative come il modello del consenso informato<sup>3</sup>. Oltre al mio background politico ho avuto l'opportunità di incontrare persone che abitano l'università e che si pongono in maniera alleata verso le persone trans, prendendo così parte alla creazione di un servizio quanto più accessibile per i percorsi medici e legali di affermazione di genere, basato su un approccio depatologizzante, affermativo e sul consenso informato delle persone che richiedono di accedere.

L'esperienza clinica e di ricerca con persone trans mi ha portato a maturare diverse riflessioni o, meglio, interrogativi, a cui non vi è pretesa di dare una risposta, quanto piuttosto volontà di condivisione con la comunità transfemminista e quella scientifica. Nella mia giovane esperienza clinica ho potuto notare un aumento rapido ed esponenziale di richieste di accesso a percorsi di psicoterapia da parte di persone trans e non binarie, il che riflette un aumento di persone che definiscono ed esprimono il proprio genere in maniera non conforme rispetto al sesso assegnato alla nascita e spesso al di là delle categorie binarie maschile/femminile (Ipsos 2021). Il più delle volte, purtroppo, a questo aumento di richieste non corrisponde un'adeguata risposta di presa in carico, in quanto i professionisti della salute mentale sono spesso impreparati sulle questioni queer e trans. Anche per questo stanno nascendo reti di psicologi e terapeuti trans e alleati che si formano tramite percorsi di intervizione, creando un'alternativa a una cultura della psicoterapia piuttosto antiquata che fallisce nel rispondere in maniera adeguata e competente a questioni LGBTQIA+.

Un altro fenomeno che ho potuto osservare come psicologo e come persona appartenente alle comunità transfemminista è l'aumento di persone che si riconoscono nello spettro delle neurodiversità, attraverso o meno la validazione

---

<sup>3</sup> Per maggiori informazioni sulle pratiche di depatologizzazione della salute trans e sul modello del consenso informato visitare il blog del collettivo Depath - <https://depath.noblogs.org/>.

di una diagnosi. La mia impressione viene confermata anche da dati di ricerca: da uno studio condotto in Australia nel 2018 emerge che il 22,5% dell'3 adolescenti trans ha ricevuto una diagnosi di autismo, in confronto al 2,5% di tutta la popolazione australiana (Strang *et al.* 2018). Altri studi recenti mostrano che le persone trans adulte hanno una probabilità dalle 3,8 alle 12 volte maggiore di avere una diagnosi di autismo e dall'1,8 alle 7,3 volte maggiore di avere una diagnosi di ADHD rispetto alle persone cisgender (Warrier *et al.* 2020). Al momento non è possibile decretare perché ci sia una tale sovrapposizione tra la comunità neurodiversa e quella trans, ma è possibile avanzare delle riflessioni e ipotesi interpretative. Un modo rispettoso per farlo è attraverso l'utilizzo del modello del *minority stress* insieme alle prospettive disabili e neurodiverse, la cui combinazione consente di abbracciare la complessità riducendo il rischio di adottare una postura patologizzante.

### **3. Processi di patologizzazione e conseguenze sulla vita delle persone trans**

In Italia, come nella gran parte dei paesi occidentali con alcune eccezioni<sup>4</sup>, l'accesso ai percorsi medici e giuridici di affermazione di genere è vincolato alla valutazione di figure socioprofessionali quali psichiatri<sup>3</sup>, psicologi<sup>3</sup> e giudici. Tale meccanismo di potere decisionale viene definito “*gatekeeping*”, per evidenziare il ruolo di controllore esercitato dal professionista nel determinare chi può o meno definirsi veramente trans e, di conseguenza, avere accesso o meno alla transizione medica e amministrativa/giuridica. Storicamente, il *gatekeeping* viene portato avanti sui generi minoritari (trans) dai generi dominanti (cis) e viene sostenuto attraverso la disparità di potere che intercorre tra medicina e approcci sociali al genere, elevando la prima a sapere superiore (Verbeek *et al.* 2022).

---

<sup>4</sup> Per consultare i regolamenti di accesso alla salute per le persone trans nei paesi dell'Europa e dell'Asia centrale si consiglia di consultare il Trans Rights Index prodotto da Transgender Europe (TGEU) <https://transrightsmap.tgeu.org/index/>.

Il gatekeeping si inserisce all'interno di un processo sociale più ampio di patologizzazione delle esperienze trans, ovvero di "costruzione delle esperienze di coloro che vivono e/o esprimono un genere differente da quello assegnato alla nascita e del desiderio/bisogno di modificare il proprio corpo per avvicinarlo alla percezione ingenerata di sé, come anormali e patologiche" (Fiorilli e Voli 2016, 97-98). La patologizzazione trans ha una storia lunga (Schettini 2011; Stryker 2017) che culmina con l'inserimento delle esperienze trans all'interno di manuali psichiatrici come il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) all'inizio degli anni '80 del secolo scorso. Nella terza e nella quarta edizione del DSM (American Psychiatric Association 1980, 1994), l'esperienza trans viene denominata "Disturbo dell'Identità di Genere" e categorizzata all'interno della sezione relativa alle parafilie e ai disturbi sessuali. Nella più recente edizione del DSM-5 (American Psychiatric Association 2013), si parla di "Disforia di Genere" con il tentativo di dare maggiormente risalto alle componenti di sofferenza legate alla condizione trans.

Grazie alle lotte portate avanti dalla comunità trans e alla progressiva proliferazione di saperi dal basso e accademici situati, negli ultimi anni l'autorità e il controllo medico sulle esperienze trans sono stati messi sempre più in discussione (Ballarin e Padovano 2013; Suess Schwend 2020; Suess *et al.* 2014). Tuttavia, in Italia, per poter accedere ai percorsi medici e legali di affermazione di genere è ancora necessario ottenere una diagnosi di "Disforia di Genere" e, di conseguenza, entrare in un percorso regolamentato di valutazione psichiatrica (Fiorilli 2019). Per ottenere la diagnosi di disforia di genere viene richiesto di iniziare un percorso di supporto psicologico di cui non è dato sapere la durata e, nella gran parte dei casi, di seguire una serie di step preordinati e gerarchici, tra cui:

1. il "test di vita reale" (*real life test*), la richiesta di vivere socialmente nel genere di elezione, come se non lo si facesse già e/o senza considerare il rischio che si corre nell'esprimere il proprio genere quando

non si ha un *passing*<sup>5</sup> sufficiente a proteggere da aggressioni transobliche;

2. accedere alla terapia ormonale;
3. sottoporsi ad interventi chirurgici di affermazione di genere;
4. cambiare il nome e il marker di genere sui documenti, procedura comunemente definita “rettifica anagrafica”, formulazione che occulta e banalizza i processi che le persone trans devono affrontare per il suo ottenimento.

Trasversale a questi passaggi è spesso l’adozione, da parte della professionalità che lavorano nei servizi, di un’aspettativa transnormativa<sup>6</sup> (Garosi 2012; Riggs *et al.* 2019), caratterizzata dall’idea che le persone trans siano esclusivamente binarie, ovvero desiderino passare da un genere a quello considerato opposto, presentino forti e permanenti vissuti di sofferenza legati alla disforia di genere, desiderino accedere a trattamenti medici di affermazione di genere e aderiscano agli standard eteronormativi e capitalistici della società (Johnson 2016). Più la persona si dimostra conforme alle norme sociali dominanti, tra cui genere (binario), relazioni (eterosessuali e monogame), bianchezza, classe sociale, cittadinanza, abilismo, inserimento lavorativo, condizione abitativa, più avrà probabilità di successo nella valutazione psicologica; viceversa, più le persone non si conformano a tale narrazione, più avranno probabilità di incontrare barriere nell’accesso a servizi e diritti essenziali alla loro salute di genere (Pignedoli 2021).

---

<sup>5</sup> Nel contesto dell’esperienza trans, il termine “passing” indica quando una persona viene percepita rispetto al genere con cui si identifica e non rispetto al sesso assegnato alla nascita. Il passing consente a una persona trans di “passare” come persona cis, riducendo così il rischio di aggressioni e discriminazioni. Il termine nasce all’interno della comunità afroamericana per indicare le persone razzializzate che venivano percepite come bianche e, di conseguenza, potevano fuggire alle persecuzioni razziste.

<sup>6</sup> Il concetto di “transnormatività” si riferisce alle narrazioni dominanti su cosa significhi essere transgender cui ci si aspetta che tutte le persone trans aderiscano. L’atteggiamento transnormativo e quello patologizzante sono strettamente legati e alimentano un meccanismo di controllo sulle vite delle persone trans.

### **3.1. Barriere strutturali e relazionali nell'accesso ai percorsi di affermazione di genere**

I problemi legati al modello del gatekeeping sono diversi. Innanzitutto, un percorso di supporto psicologico o di psicoterapia, se coercitivo (come in questo caso), ostacola la creazione di un'alleanza terapeutica rischiando seriamente di perdere il proprio valore di accompagnamento. Sono molte le persone trans che raccontano di sentirsi sottoposte a valutazione, piuttosto che supportate, quando attraversano questi percorsi. Inoltre, la presenza di step ordinati e gerarchici presuppone che tutte le persone trans abbiano le stesse esigenze di percorso, quando non è assolutamente così, come si può facilmente osservare dall'aumento esponenziale di persone trans e non binarie che vivono ed esprimono il proprio genere in maniera estremamente variegata (Ipsos 2021). La rigidità dei protocolli impedisce di rispondere in maniera adeguata alla pluralità delle esperienze ed esigenze individuali. Infine, questi percorsi hanno un costo monetario oltre che sociale che non tutte le persone possono permettersi. I centri che si occupano di percorsi di affermazione di genere sono nelle grandi città di poche regioni d'Italia, principalmente condensati nel centro e nel nord della penisola, per cui chi abita al sud o nelle isole è costretto a pagare un costo aggiuntivo. Ne risulta che le persone trans appartenenti a classi sociali più basse e precarizzate rischiano di non riuscire ad accedere ai trattamenti.

In altre parole, il modello basato sulla patologizzazione e sul gatekeeping mina le basi dell'autodeterminazione delle persone trans giovani e adulte (Marrionto 2020). In quanto persone trans, si è considerat3 incapaci di decidere per la propria salute, si viene patologizzat3, infantilizzat3, debilitat3. Spesso si finisce a pensare che sia "normale" dover aspettare mesi, talvolta anni, per poter accedere a una terapia ormonale. Si viene obbligat3 a passare per delle aule di tribunale al fine di poter intervenire chirurgicamente sui propri corpi e/o cambiare nome e genere sui documenti (un genere comunque binario, escludente verso chi non si riconosce nella dicotomia M/F). Si viene inondat3 quotidianamente di discorsi transfobici attraverso i media, all'interno delle famiglie, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli spazi di socialità.

Quando ci si rivolge ai servizi di affermazione di genere, spesso si va incontro a esperienze stressanti e microaggressioni, per esempio: venire chiamat<sup>3</sup> con il nome anagrafico (*deadname*), e/o con i pronomi sbagliati (*misgendering*), si possono ricevere domande intrusive mentre non vengono offerte le informazioni necessarie a prendere scelte su come procedere. Spesso viene fatto pensare che c'è solo una modalità di transizionare, che da un genere va ad un altro, senza sfumature o possibilità di ritorno. Si lascia poco spazio per chiedere o esprimere i propri bisogni. Viene richiesto di “funzionare” bene, ovvero di non avere nessuna psicopatologia oltre all'identità trans - considerata e legittimata nella sua esistenza solo in quanto sindrome psichiatrica - altrimenti messa in dubbio nella sua autenticità. Non viene considerato l'impatto della transfobia sulla salute mentale. Sulla carta, non possono esistere persone trans depresse, ansiose, piromani, dissociate, autolesioniste, borderline, neurodiverse. Molti psicolog<sup>3</sup> e psichiatr<sup>3</sup> che lavorano nei servizi deputati ai percorsi di affermazione di genere ancora parlano di “comorbidità” per indicare la presenza di due patologie psichiche - l'identità trans e qualsiasi altra sindrome psicopatologica - trascurando il peso della violenza di una tale affermazione. Spesso viene richiesto, inoltre, di essere binari<sup>3</sup> ed eterosessuali, di dimostrare di aver sempre aderito a comportamenti e desideri stereotipici del genere considerato opposto, di voler diventare uomini o donne quasi caricaturali, appartenenti oramai a un'immagine obsoleta di famiglia tradizionale (Garosi 2012)<sup>7</sup>.

Tutti questi fattori vanno a costituire una serie di barriere che ostacolano l'accesso ai percorsi di affermazione di genere e a un'assistenza sanitaria completa, alimentando disparità di salute. È ampiamente documentato come le

---

<sup>7</sup> Fortunatamente non tutti i servizi deputati ai percorsi medici di affermazione di genere si presentano in maniera così problematica e patologizzante. Alcuni professionist<sup>3</sup> che operano in diversi centri d'Italia portano avanti da qualche anno un approccio validante e rispettoso delle persone trans (es. Società Italiana Genere Identità Salute; SIGIS). In questi centri si propongono modelli di intervento alternativi ai protocolli standard, individualizzati e pensati sulla persona. Inoltre, si propongono trattamenti salvavita per giovani persone trans. Purtroppo, ad oggi è in corso un feroce attacco ai centri descritti, portato avanti da una retorica transfobica attraverso argomentazione antiscientifiche.

persone trans riportino livelli più elevati di abuso di sostanze, di infezioni sessualmente trasmissibili, ansia, depressione, ideazione e comportamenti suicidari rispetto alle persone cis (Inwards-Breland *et al.* 2021). In maniera speculare, diversi studi mostrano che l'accesso a trattamenti affermativi rispetto al genere, incluso l'accesso ai bloccanti della pubertà, rappresenta una risorsa salvavita poiché riduce in maniera significativa la sintomatologia negativa sopracitata, compresa l'ideazione suicidaria (McGregor *et al.* 2023; Safer *et al.* 2016, de Vries *et al.* 2014).

Nonostante la ricerca scientifica degli ultimi decenni e le organizzazioni internazionali come l'American Psychological Association (2015) abbiano ampiamente dimostrato l'importanza e l'urgenza di adottare pratiche trans affermative, molte persone trans e non binarie non riescono o evitano di accedere ai servizi deputati ai percorsi di affermazione di genere per paura di incorrere in esperienze negative di discriminazione o microaggressione (Puckett *et al.* 2018; White Hughto *et al.* 2017). Le persone non binarie emergono come quelle più a rischio di sentirsi incomprese (Lykens *et al.* 2018) e di sperimentare interazioni negative con i professionisti della salute a causa della scarsa conoscenza sul tema del non binarismo (Baldwin *et al.* 2018). Gli studi dimostrano che solo una ristretta percentuale di persone non binarie che desidera accedere al percorso medico intraprende tale percorso (Todd *et al.* 2019; James *et al.* 2016).

Le persone trans sanno che spesso dovranno recitare una parte se si rivolgono ai servizi. Per questo, vengono condivise le informazioni e le esperienze. Ci si autorganizza in reti di cura e sostegno medico, psicologico ed economico. Si condividono ormoni e informazioni mediche, ci si supporta nelle iniezioni di testosterone, ci si organizza per non lasciare nessunə senza ormoni quando d'improvviso vengono eliminati dal mercato, a costo di ridurre la propria dose. Le persone trans si sostengono psicologicamente in seguito alle visite mediche o psicologiche, si accompagnano e si aspettano in sala d'attesa. Le persone trans sono sempre state parte di una rete di conoscenza in materia di salute, perché la salute trans storicamente è stata criminalizzata, patologizzata e trascurata dalla ricerca scientifica. Per questo è possibile attingere a un archivio

immateriale di conoscenze e pratiche collettive senza precedenti, in altre parole a un archivio di saperi trans.

## 4. Cornice epistemologica e concettuale

### 4.1. *Stigma e minority stress*

Il gatekeeping, e il più ampio processo di patologizzazione, trovano la loro origine e continuità nello stigma sessuale e di genere, ovvero nella presenza pervasiva di un sistema di credenze sociali condivise che determina la denigrazione, la svalutazione e la cancellazione delle identità non-eterosessuali e non-cisgender. Si tratta di un fenomeno culturale che crea il terreno per la manifestazione di atteggiamenti individuali, garantito dalle relazioni di potere proprie della società. In tal senso, le persone LGBTQIA+ hanno meno potere di quelle cis ed eterosessuali, in termini di controllo sulla propria vita e accesso alle risorse sociali (Spade 2011). Come altre forme di stigma, quello sessuale e di genere si manifesta attraverso vari strati:

- i. strutturale, caratterizzato ad esempio dalle pratiche istituzionali che operano a svantaggio delle persone LGBTQIA+ creando disuguaglianze su diversi piani legislativi, medici, lavorativi, scolastici, abitativi, economici;
- ii. interpersonale, che si esemplifica in comportamenti discriminatori e violenti agiti da persone cis-etero verso persone LGBTQIA+;
- iii. individuale, caratterizzato dall'interiorizzazione dello stigma e dalle relative conseguenze di tale processo di interiorizzazione (Hatzenbuehler *et al.* 2009, 2014).

Grazie ai movimenti dal basso per la depatologizzazione, anche nell'ambito delle discipline psicologiche e sociali si è assistito a una graduale tendenza a depatologizzare le persone LGBTQIA+, attraverso l'emergere di modelli empirici che avevano l'obiettivo di "misurare" gli effetti della disuguaglianza sociale sulla salute fisica e mentale delle persone appartenenti a categorie oppresse.

Inizialmente la ricerca scientifica, guidata per lo più da atteggiamenti omole-sbobotransfobici, tendeva a ricercare le radici di una differenza tra persone LGBTQIA+ e persone etero-cis a livello neurobiologico, come se l'orientamento sessuale e l'identità di genere delle prime derivasse da una difettosità genetica. Nel 1995, l'epidemiologo e psichiatra statunitense Ilan H. Meyer introdusse il modello del *minority stress* (o stress di minoranza), ipotizzando che le persone LGBTQIA+ presentassero condizioni psicofisiche più debilitanti rispetto alle persone etero-cis e che questo fosse una conseguenza dello stigma sessuale e di genere. Tra i modelli ancora oggi più utilizzati nella ricerca empirica che coinvolge le persone LGBTQIA+, il minority stress considera i pregiudizi e le discriminazioni omole-sbobotransfobiche come una fonte di stress psicosociale unica - poiché si aggiunge a fattori di stress generali e comuni alla maggioranza della popolazione - e cronica - poiché dipende da strutture sociali e culturali relativamente stabili nel tempo.

Il costrutto dello stress da minoranza comprende fattori di stress distali - che dipendono da eventi esterni e oggettivi come discriminazione, violenze e molestie - e fattori di stress prossimali, intesi come processi interni e insidiosi che possono portare ad avere uno stato di vigilanza cronica dato da aspettative negative, a cui seguono diverse strategie comportamentali tra cui l'evitamento di determinate situazioni per paura di venire discriminati (es., visite mediche, attività sportive e sociali, colloqui di lavoro, e così via) e la tendenza a rimanere *in the closet*. Tra gli stressor prossimali il più pericoloso in termini di esiti negativi sulla salute mentale è l'interiorizzazione dello stigma, caratterizzato da intensi e persistenti sentimenti di vergogna e disprezzo verso di sé perché LGBTQIA+. I fattori di stress prossimali possono essere intesi come conseguenze dei fattori di stress distali (Meyer 2003). Le evoluzioni del modello del minority stress hanno lasciato sempre più spazio a quelli che vengono definiti "fattori protettivi", spesso prodotti da e per le comunità di appartenenza. Si tratta di risorse tangibili - come la presenza di collettivi e associazioni LGBTQIA+, gruppi di supporto, centri specializzati, leggi e policy derivanti dall'attivismo - e intangibili - come l'identificazione positiva e il senso di connessione con gruppi e

comunità di appartenenza, la ridefinizione dei propri valori e obiettivi di vita - a cui le persone appartenenti a gruppi sociali oppressi possono attingere, e che esercitano un ruolo di *buffering* contro gli effetti negativi dello stigma (Meyer 2015; Riggle *et al.* 2008, 2011; Rostosky *et al.* 2010).

Negli ultimi anni la ricerca ha mostrato come le persone trans e non binarie sperimentino fattori di stress (*stressor*) aggiuntivi e specifici rispetto alle persone non eterosessuali cis, derivanti dalla transfobia e dal cisgenderismo (Hendricks e Testa 2012; Testa *et al.* 2015). Sebbene il termine cisgenderismo sia stato inizialmente utilizzato come sinonimo di “cisgender”, Ansara e Berger (2016) ne hanno esteso il significato per descrivere le pratiche che delegittimano le persone nella possibilità di comprendere e affermare il proprio genere. Le forme di cisgenderismo che sono state esplorate nella ricerca empirica includono la patologizzazione di esperienze e identità trans. Il cisgenderismo può essere considerato conseguenza e concausa del cissessismo, un’ideologia che considera le identità cis come naturali, normali e superiori a quelle trans che, in contrapposizione, vengono lette come anormali e patologiche, impedendo alle persone trans di autodeterminarsi nel proprio percorso di affermazione di genere (Serano 2016).

Tra gli stressor specifici sperimentati dalle persone trans emerge in particolare quello della non affermazione - o invalidazione sociale - che si presenta quando l’identità di genere di una persona non viene riconosciuta o validata dalle altre persone con cui interagisce. Esempi comuni di non affermazione sono il *misgendering* - cui le persone trans vanno incontro quotidianamente, soprattutto se non seguono un percorso medico di affermazione di genere - e il *dead-naming* - che si presenta ogni qual volta è necessario mostrare documenti, così come quando si incontrano persone del passato o con cui non si è ancora fatto coming out. Altri ricercatori, inoltre, propongono di incorporare la disforia di genere nell’ambito dei fattori di stress prossimali, data la sua profonda correlazione con gli aspetti sociali (Galupo *et al.* 2020; Lindley e Galupo 2020). Questa proposta scientifica è in linea con quanto propone una parte della comunità

trans da diverso tempo: la disforia di genere è un'esperienza molto più complessa di come viene narrata dai manuali diagnostici, non è monolitica, può cambiare nel tempo e nella stessa giornata, anche e soprattutto in funzione di cosa accade quando ci si relaziona con il mondo esterno; non è un vissuto individuale, scevro dal contesto, bensì è strettamente legata a una componente sociale di non affermazione e invalidazione che si manifesta quotidianamente nelle interazioni che abbiamo quando usciamo di casa o dalla nostra bolla (Lindley e Galupo 2020).

Le società occidentali si strutturano attraverso una normatività binaria che legittima esclusivamente una dicotomia di genere maschile/femminile, evidenziabile nei seguenti esempi: una lingua che vincola all'utilizzo di suffissi, articoli e pronomi genderizzati; l'assenza di riconoscimento giuridico, che impedisce la possibilità di ottenere il riconoscimento legale di un genere diverso da quello maschile o femminile; la mancanza di riconoscimento sociale, che si traduce nell'assenza di riferimenti culturali relativi al genere non binario e nella pervasiva ignoranza dello stesso da parte della maggioranza della popolazione; l'obbligo di specificare ripetutamente il proprio sesso assegnato (M/F) ogni qualvolta si compila un documento burocratico; la segregazione per genere binario di categorie e attività sportive e di luoghi pubblici come bagni e spogliatoi.

La normatività binaria ha conseguenze dirette e concrete sulla vita e sulla salute delle persone trans e non binarie. Innanzitutto, perché rende difficile venire compresi e, quindi, affermati nel proprio genere in diversi contesti significativi tra cui quello scolastico, lavorativo, universitario, amicale, sportivo e familiare (Scandurra *et al.* 2019). Inoltre, crea le condizioni di accumulo di microaggressioni anche all'interno di contesti di cura, come i servizi medici e psicologici (Morris *et al.* 2020; Rosati *et al.* 2022). Infine, l'invalidazione sociale fa sì che le persone non binarie debbano costantemente educare l3 altr3 sul non binarismo e affrontare diverse forme di scetticismo, il che può portare la persona a sperimentare sentimenti di sopraffazione, confusione e rassegnazione (Matsuno *et al.* 2022).

Il minority stress può rappresentare un modello utile per definire il modo in cui lo stigma impatta sulla vita delle persone trans e non binarie. Tuttavia, in quanto modello proposto e utilizzato per lo più in ambito scientifico, talvolta rischia di essere mal interpretato e considerato in un'accezione che passivizza le persone appartenenti a gruppi stigmatizzati. Inoltre, è un modello che fallisce nel catturare gli effetti delle intersezioni di molteplici oppressioni. Per questo, risulta fondamentale integrare la prospettiva del minority stress con prospettive più complesse, come, per esempio, quelle derivanti dagli studi *crip* e sulla disabilità.

#### ***4.2. Prospettive alternative di (ri)definizione trans attraverso una riappropriazione crip e disabile***

A partire dal concetto di “eterosessualità obbligatoria” proposto da Adrienne Rich nel 1983, nel suo lavoro pionieristico Robert McRuer (2006) propone una teoria Crip<sup>8</sup> della “corporeità abile obbligatoria”, ovvero una corporeità che occupa tutto lo spazio della legittimità sociale, di ciò che può essere visto, nominato, riconosciuto. Così come l'eterosessualità obbligatoria produce esistenze queer, la corporeità abile obbligatoria produce disabilità. Prendendo spunto da alcuni lavori emergenti sulla disabilità, McRuer smantella i confini che cercano di mantenere una chiara separazione tra differenti identità oppresse, proponendo una prospettiva in cui identità queer e disabili sono indistricabilmente legate. Senza voler aggiungere confini identitari, ma volendo estendere il ragionamento in maniera più completa e complessa, propongo di aggiungere il concetto di “corporeità cis obbligatoria”, come dimensione sociale incarnata che crea i confini normativi entro i quali è possibile esistere, cioè quelli in cui viene rispettata una corrispondenza tra sesso assegnato alla nascita, identità e performance di genere.

---

<sup>8</sup> Il termine “crip” deriva dall'inglese “cripple” con cui si indica un insulto rivolto alle persone con disabilità. Analogamente al termine “queer”, le comunità e i movimenti di persone disabili si sono riappropriati in maniera rivendicativa del termine crip che, quindi, ora si presenta con un connotato di rivendicazione, lotta e azione.

Le società occidentali in cui viviamo si presentano come strutturalmente e architettonicamente abiliste, eterosessiste e cissessite, poiché definiscono attraverso gli oggetti, la loro collocazione nello spazio e la loro assenza cosa è meritevole di esistere e cosa no (Ahmed 2020). L'eterosessualità, l'abilismo e il cisgenderismo producono lo spazio di agibilità e legittimazione delle sole esistenze cis, etero e non disabili, determinando ciò che è e ciò che non è. Il modo in cui sono pensati e costruiti gli spazi fisici riflette le strutture gerarchiche e discriminatorie di una determinata società. Se gli spazi fisici vengono modificati, cambiano anche le strutture sociali che essi sostengono.

L'abilismo si sostanzia in un atteggiamento svalutante e discriminatorio verso le persone con disabilità. Campbell (2001) definisce l'abilismo come un insieme di credenze e pratiche che producono un particolare tipo di standard corporeo che viene inteso come perfetto, tipico della specie e quindi essenziale e pienamente umano. L'allontanamento dallo standard corporeo abilista rappresenta il percorso verso la disabilità e produce due conseguenze: l'allontanamento delle persone disabili le une dalle altre e l'emulazione da parte delle persone disabili delle norme abiliste (Campbell 2008). Come le altre forme di stigma, l'abilismo può manifestarsi attraverso atti espliciti di violenza o abuso oppure in maniera più subdola e implicita. Si può asserire che la manifestazione meno esplicita è quella preponderante, in quanto le persone con disabilità tendono a venire infantilizzate e medicalizzate, trattate come incapaci di esprimersi e decidere per sé (Loja *et al.* 2013).

La prospettiva medica svolge un ruolo cruciale nell'invalidare i corpi che non sono conformi alla norma, corpi che vengono considerati anormali, devianti, inferiori, corpi che vengono disumanizzati (Campbell 2008). La prominenza delle prospettive biomediche nel discorso pubblico sulla disabilità determina una manipolazione del capitale fisico, politico, simbolico e sociale, creando una gerarchia di tratti corporei a cui si lega la distribuzione di privilegi, status e potere (Garland Thomson 1997). La pervasiva assenza di riconoscimento delle disabilità comporta alcuni effetti a catena che si manifestano a livello strutturale e interindividuale. A livello interindividuale è tipico lo sguardo pietistico o

invisibilizzante: le persone non disabili, di fronte a una persona con disabilità fisica visibile, tendono a non interagire con lei, ancor di più se in presenza di un'altra persona con cui si accompagna. A livello strutturale, la presenza di barriere architettoniche di ogni tipo dalle grandi città ai piccoli comuni, dalle aree urbane a quelle rurali, determina di fatto un'importante marginalizzazione sociale. Le barriere architettoniche creano impedimenti nella possibilità di frequentare luoghi di socialità, cultura, formazione, lavoro (Crippi 2024; Maltese e Fazliu 2023)

Il modello sociale della disabilità (Shakespeare 2006) opera una chiara distinzione tra disabilità come disabilitazione - intesa nel senso di esclusione sociale - e disabilità come menomazione - intesa nel senso di limitazione fisica - ponendo l'accento sull'oppressione sistemica che le persone disabili vivono. Attraverso il modello sociale la disabilità viene definita non in termini funzionali, ma come conseguenza di una disparità sociale contemporanea che non tiene in considerazione le persone con disabilità e quindi le esclude dalla partecipazione alle attività sociali, restringendone di fatto il campo di azione potenziale e reale. Da un punto di vista applicativo, il modello sociale della disabilità rifiuta le categorie mediche e si concentra sull'eliminazione di pregiudizi e discriminazioni, promuovendo l'autodeterminazione, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità.

L'eredità lasciata dalle prospettive e dall'attivismo sulla disabilità è molto vasta e permette di tracciare alcuni parallelismi con la condizione di marginalità socialmente determinata delle persone e dei corpi trans. Senza voler cadere in generalizzazioni, i corpi trans sono spesso visibilmente corpi fuori norma, non conformi alle aspettative sui generi binari, a rischio di venire redarguiti, inseguiti, allontanati da luoghi che non sono pensati per loro. Un chiaro esempio è quello dei bagni pubblici: il fatto che vengano offerte solo due opzioni rafforza il costrutto sociale secondo cui esistono solo due generi. Come riportato in un articolo di Capesciotti e collaborator<sup>3</sup>: "La genderizzazione binaria e cis-eteronormativa dello spazio pubblico, così come del sistema-mondo, può essere quindi letta come la migliore amica dell'esclusione, poiché stabilisce chi è *in*

*place* e chi è *out of place* (Borghi 2020), rendendo tale esclusione normale e normante, non problematica, invisibile per molt\*.”

Come implicazione pratica, la genderizzazione architettonica dei bagni si riversa violentemente sullo spazio di agibilità delle persone trans e non binarie, quelle che non passano e/o non intendono passare, quelle che, pur passando possono venire “scoperte” e quindi sono passibili di transfobia, ma anche delle persone cis che vengono percepite in maniera non conforme alle aspettative normative di genere (Bender-Baird 2016). Non è raro che le persone trans e non binarie ritardino o evitino l'utilizzo dei bagni, per ridurre il rischio di incorrere in bullismo e transfobia; le giovani persone trans che attraversano i contesti scolastici possono passare l'intera giornata senza accedere ai bagni, compromettendo funzioni deputate alla soddisfazione di bisogni primari (Seelman, 2014; Weinhardt *et al.* 2017). Per questo, abbattere le insegne dei bagni e/o risignificarle con insegne *gender-free* è un atto politico che dovrebbe assumere la forma di un'azione collettiva di chiunque si dichiari alleatø di soggettività trans e non binarie (Capesciotti *et al.* 2020).

Oltre all'ormai celebre modello sociale, Alexandre Baril (2015) propone un “modello composito della disabilità” in cui considera gli aspetti potenzialmente debilitanti legati all'identità trans. Baril trova limitante sia la prospettiva medica, in cui l'esperienza trans viene ridotta ai termini di una “patologia individuale” curabile con trattamenti ormonali e chirurgici, sia la prospettiva sociale, che riconduce la sofferenza trans unicamente all'oppressione cisgenderista. In maniera analoga Serano (2013) mette in guardia dall'adottare una prospettiva sul genere come costrutto sociale tout court, evidenziando come spesso tale visione sia stata mal interpretata rischiando di alimentare una retorica delle identità trans come artificiose. Secondo l'autrice, accademica biologa e attivista transfemminista, i nostri generi e le nostre sessualità emergono da un'interazione sorprendentemente complessa tra una varietà di fattori biologici, sociali e ambientali, e non è possibile determinare la percentuale di influenza di

ciascun fattore. Riporto queste prospettive perché mi sembrano offrire strumenti utili per entrare nella complessità di diversi ambiti di discorso, tra cui quello legato all'intersezione tra identità trans, disabilità e neurodiversità.

Attraverso un approccio transfemminista queer e antiabilista, Baril (2015) riflette sulle implicazioni debilitanti fisiologiche, mentali, emotive e sociali che si legano all'esperienza trans, invitando a concepire le intersezioni che intercorrono tra identità e comunità trans e disabile e che, generalmente, non vengono nominate. Tra gli ambiti di intersezione dell'esperienza trans e disabile, l'autore evidenzia:

1. la psichiatrizzazione delle esperienze trans, che vincola le persone trans a una relazione di dipendenza da medici e ospedali;
2. la disfunzione o assenza di organi derivanti, nel caso delle persone trans, dall'essersi sottoposte a trattamenti medici e/o chirurgici di affermazione di genere;
3. l'impatto dell'identità trans sulla propria vita a livello professionale (es. difficoltà per persone trans, specialmente se transfemme, nell'ottenere e mantenere un lavoro) e interpersonale (es. difficoltà di trovare partner rispettose e/o gestione dei vissuti legati alla disforia di genere nelle interazioni sesso-affettive);
4. l'impatto della discriminazione e della violenza legate alla transfobia che crea disparità di accesso a servizi e luoghi concepiti in maniera genderizzata.

Il modello composito della disabilità applicato alle esperienze trans non intende definire le realtà trans e disabili come identiche o intercambiabili, bensì vuole offrire uno spazio di pensabilità sugli aspetti potenzialmente debilitanti legati all'esperienza trans riconoscendo l'ampia varietà di esperienze di ognunə. È anche un invito ad autor3 e ricercator3 attiv3 negli studi trans e disabili a decostruire il paradigma abilista e quello cisgenderista che continuano a essere imperanti, rispettivamente, nelle due discipline.

Una domanda che spesso ci poniamo all'interno delle comunità trans è: "Se vivessimo in una società alternativa, dove non esiste transfobia e siamo riconosciuti nel genere che vogliamo, intraprenderemmo comunque i percorsi medici di affermazione di genere?". La verità, a mio avviso, è che non è possibile rispondere a questa domanda finché non avremo una reale esperienza di una società simile. Baril sostiene che alcuni aspetti della sofferenza legati all'identità trans e alla disforia di genere sono indipendenti dall'oppressione sistemica cisgenderista, vengono "dall'interno e hanno bisogno di supporto medico" (Baril 2021, 12). Inoltre, per l'autore, lo sconvolgimento legato alla consapevolezza trans, come nel caso della disabilità, rivoluziona inevitabilmente il modo con cui ci poniamo nel mondo, ci porta a decostruire aspettative e credenze normative, ha il potere di trasformare le relazioni, aumentandone la selettività e intensificandone l'intensità e l'intimità. La proposta di intersezione tra esperienza trans e disabili è una proposta di *empowerment*, in cui ciascuna comunità può beneficiare dei traguardi raggiunti dall'altra.

Le persone trans che decidono di intraprendere un percorso medico di affermazione di genere vivono un insieme di esperienze complesse in grado di alimentare al contempo aspetti di malessere e disforia e sentimenti positivi di euforia di genere. L'esperienza di medicalizzazione rende chiaro come euforia e disforia di genere non siano vissuti mutuamente esclusivi, bensì tendano a coesistere poiché rappresentano due facce della stessa medaglia. La narrazione transnormativa ha prodotto un'illusione attorno ai percorsi di transizione descrivendoli come un momento di svolta che ha un inizio e una fine e che porta alla completa soddisfazione e realizzazione di sé in quanto nuovo corpo passabile come cis e, quindi, socialmente inseribile. La verità è che i vissuti che si accumulano legati all'esperienza trans non si cancellano con l'inizio di una transizione, piuttosto si trasformano quando elaborati in maniera adeguata. L'esperienza stessa di accesso ai servizi, connotandosi in maniera così patologizzante, diventa parte del percorso personale di affermazione di genere condizionandone i vissuti.

#### **4.3. (Auto)Narrazioni trans oltre gli standard transnormativi**

Sembra incredibile come una violenza pervasiva come quella cisgenderista/cis-sessista non sia mai stata nominata e riconosciuta se non ultimamente grazie agli sforzi prima delle persone e delle collettività trans e poi di una branca della ricerca scientifica che può attingere al sapere comunitario. Per creare un terreno di comprensione delle nostre identità ed esistenze, siamo spesso costretti a fare del lavoro pedagogico “gratuito”, a raccontare le nostre vite pubblicamente così da creare un’empatia e decostruire lo sguardo cisgenderista e invalidante che la società ci porta a interiorizzare profondamente. Oltre alle reti informali e politiche dal basso di persone trans, il lavoro e la presenza sui social di alcuni scrittori, fumettisti, artisti e attivisti trans, creano le condizioni di validazione (vedi ad esempio il lavoro di fumettibrutti, percy\_il\_buio, nicky-daigoro, elianadie, faida.acquifera, Filo Sottile, Anto Caruso); creano, cioè, un terreno pubblico di riconoscimento per e tra persone trans, consentendo di ridefinire il significato di comportamenti, “funzionamenti” e corpi storicamente considerati malati e patologizzati. Per potersi appropriare di (auto)narrazioni trans alternative è necessario poter accedere a storie e prospettive alternative.

Gli standard sociali normativi che regolano l’esperienza e l’estetica corporea costituiscono le basi di una narrazione dei corpi trans come corpi amputati, malformi, mancanti di qualcosa. Allo stesso modo, gli standard cisnormativi e transnormativi producono un ideale di corpo trans come quel corpo che “passa” il più possibile come corpo cis; un corpo, cioè, in grado di nascondere qualsiasi segno possa ricondurre all’esperienza della transizione (Pignedoli, 2021). Questi standard assumono che le persone trans desiderino un percorso di transizione che le porti dalla devianza alla normalità, dalla sofferenza alla riconciliazione, per poter finalmente ottenere accettazione sociale e riconoscimento culturale, a patto di rinnegare la propria essenza trans (Arfini 2014). Questi standard oscurano una parte importante dell’esperienza trans che si muove a partire dal desiderio di acquisire menomazione o disabilità fisica attraverso la modificazione volontaria del corpo, tendenza che prende il nome di transabilità (Baril e Leblanc 2015).

In un'ottica transnormativa, gli interventi chirurgici di affermazione di genere - che spesso prevedono tagli e amputazioni - sono legittimati solo se mossi da un'intensa e permanente sofferenza, che giustificherebbe una tale propensione autodistruttiva. È impensabile che sia una spinta desiderante a muovere verso una modificazione corporea trans. Anche in ambito legale, gli interventi chirurgici di affermazione di genere vengono posti a un livello differente rispetto agli interventi chirurgici considerati estetici, poiché prevederebbero l'amputazione di organi considerati "sani". Di conseguenza, per accedere a tali interventi bisogna passare attraverso il tribunale e ottenere una valutazione positiva del giudice, che si baserà su documentazione attestante un percorso psicologico obbligatorio (preferibilmente lungo) e la diagnosi di disforia di genere. In altre parole, quelli che per noi sono interventi affermativi, per la società sono interventi "demolitivi" giustificabili esclusivamente attraverso la psichiatrizzazione delle nostre esistenze: solo chi è sufficientemente matta e sofferente può desiderare un corpo trans.

In alcuni dei suoi lavori più recenti, Jack Halberstam (2019) introduce il concetto di "anarchitettura trans" restituendo valore a ciò che non c'è, all'assenza, a ciò che è stato distrutto, eliminato, oscurato affinché ciò che, invece, è presente, sembri l'unica possibilità di esistenza permanente. Halberstam ri-significa i tagli e le amputazioni degli interventi chirurgici di affermazione di genere come forme del divenire, operazioni che determinano aperture e riorganizzazioni di corpi costantemente in costruzione. Il taglio come assenza o nulla che diventa luogo di cambiamento dinamico; luogo di vita queer e trans. I corpi trans rappresentano l'incarnazione - materiale - della decostruzione - simbolica - del binarismo di genere (Butler 1990). I corpi trans rappresentano la mostruosità - o *mostruositrans* (Sottile 2020; Stryker 2017), da sempre relegati in zone buie delle città, lontani da occhi cis-etero facilmente turbabili. La crescente e coraggiosa esposizione - nella vita *offline* e *online* - di persone trans dei propri corpi con cicatrici, tagli, protesi, impone la pensabilità degli stessi, ne determina la loro esistenza, mette in crisi il dominio della corporeità cis obbligatoria.

## 5. Impatto del cisgenderismo sul “funzionamento” delle persone trans: intersezioni possibili con le neurodiversità

La pratica del coming out, in quanto persone trans e non binarie, risulta essere piuttosto faticosa se si considera la quantità di volte in cui si dovrebbe fare anche solo all'interno di una giornata per venire affermati nel proprio genere. Si pensi, per esempio, a quante interazioni con persone non significative si hanno in poche ore, andando a fare la spesa oppure a prendere un caffè. Quello che succede, spesso, è che le persone trans che non “passano” evitano di presentarsi o di chiedere l'utilizzo corretto dei pronomi vivendo l'interazione con l'altro in maniera estraniante. È possibile ipotizzare che l'insieme di queste interazioni, che possiamo definire “microinvalidazioni” quotidiane, condizionino il modo in cui interagiamo e ci muoviamo nel mondo. Per fare un esempio concreto, se una persona trans ha l'aspettativa di venire invalidata nell'interazione che sta per avere, è probabile che eviterà lo sguardo della persona con cui sta interagendo, cercherà di proseguire velocemente nella conversazione, taglierà corto il più possibile per ridurre i rischi di microaggressioni e microinvalidazioni. Agli occhi dell'altra persona, se minimamente attenta ed empatica, risulterà probabilmente un'interazione un po' strana. Agli occhi del mondo esterno, cioè, la persona (trans) si presenta in maniera diversa rispetto alle aspettative normative legate alla socialità.

Oltre all'ambito delle microinvalidazioni, le persone trans - sin dalla loro infanzia - generalmente accumulano esperienze traumatiche legate a episodi di bullismo, violenza e discriminazione. Molto spesso, la fisicità di bambini e adolescenti trans si presenta al mondo in maniera non conforme alle aspettative di genere, indipendentemente dalla volontà della persona. Questo può comportare un maggiore rischio di subire molestie, bullismo ed esclusione da parte dei propri pari e di persone adulte, includendo diversi tipi di violenza intrafamiliare (Tan *et al.* 2019). Sono molte le persone trans che, ancora minorenni, vengono cacciate oppure scappano di casa in seguito a dinamiche violente e abusanti

con i genitori. In Italia si registra un'emergenza abitativa di persone trans giovani e adulte a cui non corrisponde un'adeguata risposta di possibilità di presa in carico sociale (Mariotto 2020). Le poche case rifugio che accolgono le persone trans hanno posti limitati, vanno avanti a fatica anche grazie ad attività di volontariato e non godono della giusta tutela istituzionale. Spesso le case rifugio devono seguire dei criteri di accoglienza che risultano escludenti per le persone che incorporano un'intersezione di oppressioni, come le persone trans senza documenti regolari, psichiatrizzate o in età più avanzata.

Non è difficile ipotizzare che l'accumulo di esperienze di questo tipo, dalla prima infanzia all'età adulta, possa portare a sviluppare modalità di funzionamento neurocognitivo, emotivo e sociale divergenti. La storica ossessione e pretesa di discipline come la psicologia di individuare le cause unidirezionali di un determinato fenomeno presenta diversi limiti interpretativi, che possono essere in parte superati con l'adozione di prospettive maggiormente complesse come l'epigenetica, in grado di contemplare una continua e reciproca influenza tra fattori ambientali e biologici. In tal senso, anche la mente è un fenomeno incarnato, manifestandosi nel cervello una rete di connettività neurale in continua evoluzione. Il cervello è connesso con il resto del corpo attraverso una vasta rete di nervi che registrano e comunicano informazioni esterne e interne. Così come le attività della mente e del corpo creano cambiamenti nel cervello, i cambiamenti nel cervello influenzano a loro volta la mente e il modo in cui ci esprimiamo e rappresentiamo attraverso il corpo, l'*embodiment*.

Le persone neurodiverse, disabili, LGBTQIA+ (che incorporino o meno tutte le categorie identitarie) sono accomunate da esperienze di patologizzazione e oppressione sistemica e, in molti casi, da esperienze di riappropriazione individuale e collettiva di categorie identitarie che esistono ancor prima di diventare diagnosi psichiatriche (Walker e Raymaker 2021). A partire dal vissuto comune dello stigma neuro e cis-normativo si possono individuare alcuni parallelismi tra le esperienze di *masking* (o mascheramento) che coinvolgono le persone neurodiverse e le strategie di occultamento o adattamento delle persone queer e trans, rispetto ai contesti a prevalenza cis-eterosessuale che predominano le

società contemporanee. Così come le persone trans e queer studiano in maniera vigile l'ambiente che le circonda per stabilire di volta in volta, rapidamente e più o meno inconsapevolmente, quanto essere *out* o meno (Meyer 2003; Testa *et al.* 2015), le persone neurodiverse attraverso il masking modulano il modo in cui si presentano per non venire riconosciute come persone disabili (Livingston *et al.* 2019).

Nello specifico, il mascheramento si caratterizza attraverso due comportamenti principali: il camuffamento, che consiste nel nascondere o oscurare i tratti autistici (o neurodiversi) per assomigliare alle persone neurotipiche e la compensazione, ovvero l'utilizzo di strategie specifiche per gestire le sfide legate alla disabilità, al fine di apparire con un funzionamento "adeguato" e indipendente. Le strategie di camuffamento e compensazione si applicano a una varietà di compiti impegnativi diventando talvolta automatismi dannosi per la salute fisica e mentale (Cage e Troxell-Whitman 2019). Studi recenti hanno mostrato come il mascheramento possa comportare esaurimento fisico, burnout psicologico, depressione, ansia (Livingston *et al.* 2019), e ideazione suicidaria (Cassidy *et al.* 2020).

Come riportato da Price (2022): "Qualcuno potrebbe camuffarsi verbalmente costringendosi a non parlare troppo dei propri interessi speciali e compensare socialmente ricercando i post su Facebook di un amico prima di incontrarlo, in modo da avere una buona idea di cosa chiacchierare. Una persona potrebbe camuffare la propria sensibilità uditiva stringendo i denti e non lamentandosi mai del dolore, oppure potrebbe compensare indossando auricolari a cancellazione del rumore che non risaltino come insoliti."<sup>9</sup> (p. 103). In maniera analoga, le persone trans e queer, se inserite in contesti cis-eteronormativi, tendono a non parlare di parti importanti di sé, dei propri interessi, delle proprie relazioni e famiglie scelte, oppure possono compensare facendo grandi giri di parole così da poter evitare di dare riferimenti legati al genere e orientamento sessuale propri e delle proprie relazioni.

---

<sup>9</sup> Traduzione a cura dell'autore

Le strategie di mascheramento di aspetti legati alla propria identità trans, queer, disabile e/o neurodiversa sono spinte dalla paura di subire gli effetti dello stigma e dal desiderio di sopravvivenza. Tuttavia, rischiano di oscurare la responsabilità dei gruppi sociali privilegiati che rendono il mondo una realtà profondamente inaccessibile per noi. Il mascheramento determina le nostre scelte di vita sociale, relazionale, lavorativa, abitativa; condiziona il modo in cui attraversiamo il mondo, come ci vestiamo e ci muoviamo, come ci esprimiamo. Riuscire a praticare l'*unmasking* (o smascheramento) ha un potenziale di cambiamento radicale per la persona e la collettività, a patto che la collettività si ponga in una posizione di alleanza attiva. Lo smascheramento può migliorare in maniera significativa la qualità della vita della persona e, al tempo stesso, offrire degli strumenti per la creazione di spazi fisici, sociali e politici accessibili (Crippi 2024; Price 2022).

### ***5.1. Proposte e riflessioni per una pratica clinica trans affermativa e alleata***

Ad oggi la ricerca scientifica non è in grado di offrire una risposta soddisfacente sul tema delle neurodiversità queer, anche perché le persone neurodiverse, come le persone trans e queer, vengono considerate e legittimate dalla pratica clinica e dalla ricerca scientifica primariamente attraverso un'ottica patologizzante e passivizzante (Walker 2020). Inoltre, le persone che non si presentano in maniera standard rispetto alle aspettative cliniche sulle neurodiversità - per motivi di classe, razza, genere, età, disabilità, come le donne o le persone razzializzate autistiche - vengono sottostimate e sottodiagnosticate (Price 2022). L'aumento di persone trans che si riconoscono nello spettro delle neurodiversità può dipendere da diversi fattori, tra cui il fatto che le persone trans, o viceversa le persone neurodiverse, attraversano con maggiore probabilità un percorso di decostruzione degli standard normativi legati ad aspettative di funzionamento neurocognitivo, emotivo, relazionale e sociale. Le crescenti possibilità di connessione e conoscenza tra persone tramite internet e i social media, inoltre,

rappresenta un'opportunità senza precedenti per le persone trans e neurodiverse di riconoscersi nelle storie di vita e funzionamento altrui. Questi fattori possono spingere le persone a cercare informazioni, rivolgersi a professionisti e centri specializzati, riappropriarsi di diagnosi e definizioni storicamente appartenenti a un dominio medico-psichiatrico e intese in termini patologici, ribaltandone il significato in termini di *empowerment* individuale e comunitario (Betts *et al.* 2023; Parsloe 2015; Walker e Raymaker 2021).

In maniera analoga a quanto avanzato da Baril (2015) con il modello composito della disabilità, propongo di adottare una chiave di lettura in grado di contemplare l'intersezione tra identità trans e neurodiversità, queste ultime intese come modalità di funzionamento psicologico, emotivo e relazionale diverse dagli standard sociali normativi. Non intendo omologare l'immensa varietà di esperienze che contraddistingue le persone trans e neurodiverse, quanto piuttosto ammorbidire i confini che separano le esperienze identitarie, evidenziando potenziali aspetti in comune tra le comunità (Caruso 2022). Credo, inoltre, che l'adozione di una tale prospettiva possa rappresentare una proposta validante, non patologizzante e affermativa per interpretare e relazionarsi - da un punto di vista clinico e di ricerca - con le persone trans neurodiverse.

L'adozione di prospettive depatologizzanti, come quelle derivanti dagli ambiti di studio crip, disabili e neurodiversi, può essere particolarmente utile a chi opera nell'ambito della salute mentale. Non è necessario relazionarsi a persone trans, disabili e neurodiverse per applicare tali prospettive, anche perché non sappiamo sempre quali assi identitari incorpori o meno la persona con cui interagiamo. Quello che è chiaro, piuttosto, è la necessità di un contesto clinico accogliente e competente rispetto ai temi delle identità trans, disabilità e neurodiversità, dove le persone possano esprimere i propri bisogni senza paura di venire invalidate, patologizzate o aggredite.

Ultimamente si fa un uso sempre più frequente e talvolta improprio del termine "alleatø". Ma cosa significa, a livello personale, politico e/o professionale essere alleatø? Nel caso delle tematiche oggetto del presente contributo, signi-

fica innanzitutto essere disponibili a fare un lavoro di profonda messa in discussione delle proprie credenze e aspettative abiliste e cisgenderiste. Per far questo, un primo step risiede nel rendersi consapevoli dei propri privilegi, capirne il peso nelle interazioni, valutare se la libertà di movimento che abbiamo nella società è uguale o diversa a quella delle altre persone. Tutt3 noi incorporiamo diversi assi di oppressione e privilegio da cui dipendono diversi esiti di agibilità che mutano in base ai contesti che attraversiamo. La consapevolezza del proprio spazio di privilegio può essere utilizzata in maniera attiva per combattere la disparità sociale di accesso a risorse e diritti vitali, per promuovere la salute e l'autodeterminazione delle persone trans, per creare una cultura trans affermativa che diventi trasversale alle discipline mediche e psicologiche e che si imponga come modello alternativo a quello patologizzante (Anzani *et al.* 2022).

Essere alleat3 significa rischiare di perdere approvazione sociale nel proprio posto di lavoro perché ci si espone a favore di gruppi marginalizzati; significa rischiare di andare contro le normative vigenti in materia di accesso ai percorsi di affermazione di genere perché strutturalmente violente e perché ledono il diritto fondamentale alla salute delle persone trans (Bassetti 2020). L'alleanza, quindi, si struttura attraverso uno spazio di azione e non si limita a una passiva accettazione delle soggettività trans. Sempre più spesso professionist3 e servizi clinici inseriscono come propria expertise la sigla "LGBTQIA+" oppure si definiscono LGBTQIA+ friendly, partendo dal presupposto di avere una mente aperta o di accettare le persone LGBTQIA+. Tuttavia, il più delle volte, queste persone non hanno competenze reali di relazione né consapevolezza di quali fattori aggiuntivi si inseriscono nelle esperienze di vita delle persone LGBTQIA+.

Le persone trans spesso vengono utilizzate in maniera strumentale all'interno delle proprie pratiche, invitate a parlare come testimoni privilegiati quando si conduce una formazione, relegate a narrazioni che possano impietosire un pubblico cis, così da rendere accettabili le esperienze di transizione. Oppure vengono coinvolte direttamente in processi di formazione che non prevedono retribuzione. La mia esperienza personale è piena di episodi del genere. Persone

conosciute e sconosciute mi cercano per avere consigli, supervisioni, mi chiedono materiale bibliografico o multimediale con cui poter arricchire le proprie conoscenze, per imparare a relazionarsi meglio con le persone trans. È un lavoro gratuito a cui io non mi sottraggo quasi mai perché capisco che il più delle volte parte da buone intenzioni e perché i miei consigli potrebbero risultare nella messa in atto di buone pratiche, determinando in maniera significativa e positiva l'esperienza di altre persone trans. È tuttavia una dinamica ingiusta perché si inserisce in una più ampia cornice di disuguaglianza in cui le persone trans non vengono considerate meritevoli di un lavoro retribuito, ancor più se afferente all'ambito della formazione scolastica o universitaria.

Per questo, una pratica di alleanza trans affermativa consiste nel coinvolgere in maniera formale e retribuita le persone trans in diversi ambiti, dalla strutturazione di policy di inclusione nei contesti in cui si lavora, alla costruzione di protocolli e setting clinici e di ricerca. Quando si conducono ricerche su persone trans e non binarie, sarebbe una buona prassi avere persone trans e non binarie nel proprio gruppo di ricerca o in alternativa indirizzare una parte dei fondi del proprio progetto a percorsi di consulenza con persone trans e non binarie. Le persone trans sono da considerare esperte, e non testimoni, delle proprie esperienze di vita. In quanto professionisti della salute mentale, è fondamentale restituire *empowerment* e *agency* alle persone trans e cominciare a sanare gli effetti di invalidazione e infantilizzazione derivanti dalla patologizzazione storica agita dalle discipline mediche e psicologiche ai danni delle persone trans e non binarie.

## 6. Limiti e prospettive future di ricerca

Con il presente articolo ho proposto un paradigma interpretativo relativamente agli ambiti di intersezione tra identità trans, disabili e neurodiverse. Trattandosi di un contributo di carattere teorico, non è possibile verificarne la valenza empirica e, di conseguenza, confermarne le ipotesi alla base. D'altra parte, il

presente contributo attinge a un'ampia varietà di letteratura scientifica e teorica, tra cui alcuni capisaldi delle prospettive proprie dei *trans* e *disability studies*. Per questo può essere considerato come un punto di partenza per la creazione di disegni di ricerca volti a indagare gli aspetti critici sollevati. Future ricerche potrebbero esplorare attraverso una metodologia qualitativa i vissuti delle persone trans, disabili e/o neurodiverse, confermando o confutando quanto proposto nel presente articolo in merito ai vissuti di intersezionalità. Inoltre, studi quantitativi potrebbero indagare il modo in cui variabili legate allo stigma transfobico e abilista si relazionano a variabili legate all'identità e al funzionamento neurocognitivo, emotivo e sociale.

### **Note sul linguaggio**

In questo contributo ho scelto di utilizzare la “schwa” nella sua forma singolare (ə) e plurale (ɜ) come desinenza grammaticale neutra e inclusiva di più generi. La schwa consente di superare alcuni limiti propri della lingua italiana, tra cui l'utilizzo del maschile sovraesteso, che ricalca una cultura patriarcale e invisibilizzante verso le donne e le persone non binarie. Inoltre, la schwa risulta essere al momento la proposta linguistica migliore per relazionarsi alle persone che desiderano utilizzare pronomi e desinenze non genderizzate, è quindi fondamentale in termini di riconoscimento delle identità non binarie (Gheno 2020, 2022).

Rispetto alla scelta dei termini in italiano da utilizzare nel presente contributo che potessero essere rispettosi e rappresentativi delle comunità a cui mi riferisco, mi sono basato sulla ricchezza di scritti e traduzioni precedenti nell'ambito degli studi trans, crip e disabili. Per quanto riguarda la prospettiva crip, mi sono basato sulla traduzione italiana del testo di Robert McRuer, “Teoria Crip” (2023), edito da Odoia, a cura di Vale Baldioli, Matu D'Epifanio e Beatrice Gusmano. Rispetto alle terminologie legate alla disabilità mi sono basato principalmente su quanto riportato da Ilaria Crippi nel libro “Lo spazio non è neutro. Accessibilità, disabilità, abilismo” edito da TAMU Edizioni (2024), da Claudia Maltese e Gresa Fazliu nel libro “Decostruzione antiabilista. Percorsi di

autoeducazione individuale e collettiva”, della collana BookBlock, edito da Eris Edizioni (2023) e sul lavoro di Bencinvenga e Zaviršek (2020) “Re-genderizzare o de-genderizzare la disabilità? Vivere con la disabilità nelle società contemporanee” pubblicato su AboutGender. Nello specifico, per quanto riguarda il dibattito relativo alla scelta del termine “persona con disabilità” piuttosto che “persona disabile”, ho seguito la riflessione di Crippi, lasciando spazio a entrambe le espressioni in modo intercambiabile. Relativamente alle neurodiversità, ho attinto principalmente dalle collettività politiche e dalle loro produzioni dal basso, come il NON COLLETTIVO QUEER<sup>10</sup> e dal sapere condiviso da singole persone neurodiverse tramite social media e vita reale.

Infine, il linguaggio che utilizzo per riferirmi alle identità ed esperienze trans deriva dall’intersezione di saperi che coinvolgono un livello personale, politico e accademico ormai difficilmente distinguibile. Le stesse terminologie scelte provengono da ambiti comunitari e dall’ambito dei trans *studies*. Con il termine “trans” mi riferisco a chi non si riconosce - del tutto o in parte - nel sesso assegnato alla nascita, a chi è in un temporaneo o perenne questionamento rispetto al genere e a chiunque percepisce questa categoria come rappresentativa per la propria esperienza identitaria. Sebbene il termine trans, concettualmente, racchiuda anche le esperienze non binarie, non sempre le persone non binarie si riconoscono nella categoria trans. Questo è dovuto a diversi fattori, tra cui il fatto che le persone non binarie possono percepire la dicotomia trans/cis come un’ulteriore rigida dicotomia poco rappresentativa della propria esperienza (Jourian e Nicolazzo 2019) e/o il fatto che le comunità trans, talvolta, riproducono standard transnormativi binari che diventano escludenti verso chi non si riconosce in quanto uomo o donna trans (Johnson 2016; Pignodoli 2021). Per queste ragioni nel contributo, in base al contesto che viene descritto, mi riferisco alle persone come “trans” o come “trans e non binarie”. Prediligo l’espressione “percorso di affermazione di genere” a “transizione” e/o “cambio di sesso” perché queste ultime richiamano un’immagine quasi

---

<sup>10</sup> <https://noncollettivoqueer.blogspot.com/>

esclusivamente medica e patologizzante dell'esperienza trans. L'affermazione di genere pone l'accento sull'autodeterminazione della persona ed è maggiormente rappresentativa della varietà di livelli (sociale, medico, legale) attraverso cui è possibile affermare il proprio genere.

### **Ringraziamenti**

Ringrazio di cuore Clark Pignedoli che si è reso disponibile al confronto in fase di ideazione, scrittura e revisione finale, aiutandomi a definire la struttura del contributo e suggerendomi riferimenti bibliografici fondamentali per quella che è stata la produzione dei saperi trans in Italia. Ringrazio Marta Capesciotti per il suo lavoro di rilettura e per i suoi preziosi feedback. Ringrazio Isa Borrelli per i generosi consigli linguistici e per i confronti esperienziali su disabilità e neurodiversità.

### **Riferimenti bibliografici**

- Ahmed, S. (2020), *Queer phenomenology: Orientations, objects, others*, Duke University Press.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed.), APA.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.), APA.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.), APA.
- American Psychological Association (2015), Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people, in *American Psychologist*, vol. 70, n. 9, pp. 832-864.
- Ansara, Y.G. e Berger, I. (2016), Cisgenderism, in *The Wiley Blackwell encyclopedia of gender and sexuality studies*, pp. 1-3.

- Anzani, A., Solito, N., Ruscio, E. (2020), *Alleatø. Voci trans a dialogo con la psicologia*, Pesaro, Intra Edizioni.
- Arfini, E.A. (2014), Transability, in *Transgender Studies Quarterly*, vol. 1, n. 1-2, pp. 228-230.
- Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V.R., Light, B., Scharrs, P.W., Herbenick, D. e Fortenberry, J.D. (2018), Transgender and genderqueer individuals' experiences with health care providers: What's working, what's not, and where do we go from here? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 29, n. 4, pp. 1300-1318. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0097>
- Ballarin, C. e Padovano, R. (2013), *Esquimesi in Amazzonia. Dialoghi intorno alla depatologizzazione della transessualità*, Milano, Mimesis Edizioni.
- Baril, A. (2015), Transness as debility: Rethinking intersections between trans and disabled embodiments, in *Feminist Review*, vol. 111, n. 1, pp. 59-74; trad. it. La condizione trans come debilità, *kabulmagazine*, 2021.
- Baril, A. e Leblanc, C. (2015), Needing to acquire a physical impairment/disability:(re)thinking the connections between trans and disability studies through transability, in *Hypatia*, vol. 30, n. 1, pp. 30-48.
- Bassetti, M.E. (2020), Human Rights Bodies' Adjudication of Trans People's Rights: Shifting the Narrative from the Right to Private Life to Cruel and Inhuman or Degrading Treatment, in *European Journal of Legal Studies*, vol. 12, n. 2, pp. 291-325.
- Bender-Baird, K. (2016), Peeing under surveillance: bathrooms, gender policing, and hate violence, in *Gender, Place & Culture*, vol. 23, n. 7, pp. 983-988.
- Betts, K., Creechan, L., Cawkwell, R., Finn-Kelcey, I., Griffin, C.J., Hagopian, A., (...) e Zisk, A.H. (2023), Neurodiversity, Networks, and narratives: Exploring intimacy and expressive freedom in the time of covid-19, in *Social inclusion*, vol. 11, n. 1, pp. 60-71 - <https://doi.org/10.17645/Si.v11i1.5737>
- Borghi, R. (2020), *Decolonialità e privilegio. Pratiche femministe e critica al sistema-mondo*, Milano, Meltemi.

- Butler, J. (2010), *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*; trad. it. *Questione di genere. Il femminismo e la sovversione dell'identità*, Roma, Laterza, 2023.
- Cage, E. e Troxell-Whitman, Z. (2019), Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 49, n. 5, pp. 1899-1911 - <https://doi.org/10.1007/s10803-018-03878-x>
- Campbell, F. (2001), Inciting legal fictions: Disability's date with ontology and the ableist body of the law, in *Griffith Law Review*, vol. 10, pp. 42-62.
- Campbell, F. (2008), Exploring internalized ableism using critical race theory. *Disability & Society*, vol. 23, n. 2, pp. 151-62.
- Capesciotti, M., Marini, S., Rosati, F. e Santambrogio, A. (2020), 'Non sono speciale devo solo pisciare'. Incursioni grafiche per decostruire il binarismo cis-eteronormativo a partire dai bagni pubblici, in *ROOTS & ROUTES* - <https://www.roots-routes.org/non-sono-speciale-devo-solo-pisciare-incursioni-grafiche-per-decostruire-il-binarismo-cis-eteronormativo-a-partire-dai-bagni-pubblici-di-marta-capesciotti-sara-marini-fau-rosati/> (consultato il 13 Febbraio 2024)
- Caruso, A. (2022), *LGBTQIA+. Mantenere la complessità*, Torino, Eris Edizioni.
- Cassidy, S.A., Gould, K., Townsend, E., Pelton, M., Robertson, A.E. e Rodgers, J. (2020), Is camouflaging autistic traits associated with suicidal thoughts and behaviours? Expanding the interpersonal psychological theory of suicide in an undergraduate student sample, in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 50, n. 10, pp. 3638-3648 - <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04323-3>
- Crippi, I. (2024), *Lo spazio non è neutro. Accessibilità, disabilità, abilismo*, Napoli, Tamu Edizioni
- de Vries, A.L.C., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C.F., Doreleijers, T.A. H. e Cohen-Kettenis, P.T. (2014), Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment, in *Pediatrics*, vol. 134, n. 4, pp. 696-704 - <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>

- Fiorilli, O. (2019), Note per una storia trans, in *Contemporanea*, vol. 22, n. 2, pp. 305-316.
- Fiorilli, O. e Voli, S. (2016), “De-patologizzazione trans, tra riconoscimento e redistribuzione”, in *Il genere tra neoliberalismo e neofondamentalismo*, Ombrecorte, pp. 96-108.
- Galupo, M.P., Pulice-Farrow, L. e Lindley, L. (2020), “Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest”: Understanding the social context for gender dysphoria, in *Stigma and Health*, vol. 5, n. 2, pp. 199-208.
- Garland Thomson, R. (1997), *Extraordinary bodies: Figuring physical disability in American culture and literature*, New York, Columbia University Press.
- Garosi, E. (2012), The politics of gender transitioning in Italy, in *Modern Italy*, vol. 17, n. 4, pp. 465-478.
- Gheno, V. (2022), Questione di privilegi: come il linguaggio ampio può contribuire ad ampliare gli orizzonti mentali, in *About Gender, International Journal of Gender Studies*, vol. 11, n. 21, pp. 388-406.
- Gheno, V. (2020), *Ode to The Schwa. Lo schwa tra fantasia e norma. Come superare il maschile sovraesteso nella lingua italiana*, in “Lafalla”, 29 luglio, <https://lafalla.cassero.it/lo-schwa-tra-fantasia-e-norma/> (consultato il 4 Novembre 2023).
- Halberstam, J. (2019), *Unbuilding Gender. Trans\* Architectures in and beyond the Work of Gordon Matta-Clark*, in “Places”, <https://placesjournal.org/article/unbuilding-gender/> (consultato il 10 Novembre 2023).
- Hatzenbuehler, M. L. (2014), Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations, in *Current Directions in Psychological Science*, vol. 23, n. 2, pp. 127-132.
- Hatzenbuehler, M.L. (2009), How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework, in *Psychological Bulletin*, vol. 135, n. 5, pp. 707-730.
- Hendricks, M.L. e Testa, R.J. (2012), A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the

- Minority Stress Model, in *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 43, n. 5, pp. 460-467.
- Inwards-Breland, D.J., Karrington, B. e Sequeira, G.M. (2021), Access to care for transgender and nonbinary youth: ponder this, innumerable barriers exist, in *JAMA pediatrics*, vol. 175, n. 11, pp. 1112-1114 - <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2068>
- Ipsos (2021), *LGBT+ Pride 2021 Global Survey: A 27-Country Ipsos Survey*. [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-06/LGBT%20Pride%202021%20Global%20Survey%20Report\\_6.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-06/LGBT%20Pride%202021%20Global%20Survey%20Report_6.pdf) (consultato il 4 Novembre 2023).
- James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. e Anafi, M. (2016), *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality.
- Johnson, A.H. (2016), Transnormativity: A new concept and its validation through documentary film about transgender men, in *Sociological inquiry*, vol. 86, n. 4, pp. 465-491.
- Jourian, T.J. e Nicolazzo, Z. (2019), *Not Another Gender Binary: A Call for Complexity Over Cis-Readability*. <https://medium.com/national-center-for-institutional-diversity/> (consultato il 10 Novembre 2023).
- Lindley, L. e Galupo, M.P. (2020), Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, vol. 7, n. 3, pp. 265-275.
- Livingston, L.A., Colvert, E., Social Relationships Study Team, Bolton, P. e Happé, F. (2019), Good social skills despite poor theory of mind: Exploring compensation in autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 60, n. 1, pp. 102-110 - <https://doi.org/10.1111/jcpp.12886>
- Loja, E., Costa, M.E., Hughes, B. e Menezes, I. (2013), Disability, embodiment and ableism: Stories of resistance, in *Disability & Society*, vol. 28, n. 2, pp. 190-203.

- Lykens, J.E., LeBlanc, A.J. e Bockting, W.O. (2018), Healthcare experiences among young adults who identify as genderqueer or nonbinary, in *LGBT Health*, vol. 5, n. 3, pp. 191-196 - <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0215>
- Maltese, C. e Fazliu, G. (2023), *Decostruzione antiabilista. Percorsi di autoeducazione individuali e collettiva*, Torino, Eris Edizioni.
- Marcasciano, P. (2020), *Tra le rose e le viole. La storia e le storie di transessuali e travestiti*, Roma, Edizioni Allegre.
- Marcasciano, P. (2018), *Aurora delle trans cattive. Storie, sguardi e vissuti della mia generazione transgender*, Roma, Edizioni Alegre.
- Mariotto, M. (2020), Varianza di genere nell'infanzia: un'analisi della letteratura esistente al di fuori della clinica, in *About Gender-International Journal of Gender Studies*, vol. 9 n. 18, pp. 244-270.
- Matsuno, E., Bricker, N.L., Savarese, E., Mohr, R. e Balsam, K.F. (2022), The default is just going to be getting misgendered': Minority stress experiences among nonbinary adults, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, Advance online publication.
- McGregor, K., McKenna, J.L., Williams, C.R., Barrera, E.P. e Boskey, E.R. (2023), Association of Pubertal Blockade at Tanner 2/3 With Psychosocial Benefits in Transgender and Gender Diverse Youth at Hormone Readiness Assessment, in *Journal of Adolescent Health*. Advance online publication - <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.10.028>
- McRuer, R. (2006), *Crip Theory*; trad. it. *Teoria Crip*, Città di Castello, Odoja, 2023.
- Meyer, I.H. (1995), Minority stress and mental health in gay men, in *Journal of health and social behavior*, vol. 36, n. 1, pp. 38-56.
- Meyer, I.H. (2003), Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence, in *Psychological Bulletin*, vol. 129, n. 5, pp. 674-697.
- Meyer, I.H. (2015), Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, vol. 2, n. 3, pp. 209-213.

- Parsloe, S.M. (2015), Discourses of disability, narratives of community: Reclaiming an autistic identity online, in *Journal of Applied Communication Research*, vol. 43, n. 3, pp. 336-356 - <https://doi.org/10.1080/00909882.2015.1052829>
- Pignedoli, C. (2021), Riflessioni sulla transnormatività in Italia al prisma dei saperi trans sulle pratiche drag king, in *Quaderni del Laboratorio Interdisciplinare di ricerca su Corpi, Diritti, Conflitti*, pp. 91-106.
- Price, D. (2022), *Unmasking Autism. Discovering the New Faces of Neurodiversity*, New York, Harmony.
- Price, M. (2011), *Mad at School: Rhetorics of Mental Disability and Academic Life*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Puckett, J.A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B. e Newcomb, M.E. (2018), Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals, in *Sexuality Research and Social Policy*, vol. 15, pp. 48-59 - <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Riggle, E.D.B., Rostosky, S.S., McCants, L.E. e Pascale-Hague, D. (2011), The positive aspects of a transgender self-identification, in *Psychology and Sexuality*, vol. 2, n. 2, pp. 147-158.
- Riggle, E.D.B., Whitman, J.S., Olson, A., Rostosky, S.S. e Strong, S. (2008), The positive aspects of being a lesbian or gay man, in *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 39, pp. 210-217.
- Riggs, D.W., Pearce, R., Pfeffer, C.A., Hines, S., White, F. e Ruspini, E. (2019), Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care, in *American Psychologist*, vol. 74, n. 8, pp. 912-924 - <https://doi.org/10.1037/amp0000545>
- Rosati, F., Lorusso, M.M., Pistella, J., Giovanardi, G., Di Giannantonio, B., Mirabella, M., Williams, R., Lingiardi, V. e Baiocco, R. (2022), Non-binary clients' experiences of psychotherapy: Uncomfortable and affirmative approaches, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n. 22, 15339.

- Rostosky, S.S., Cardom, R.D., Hammer, J.H. e Riggle, E.D. (2018), LGB positive identity and psychological well-being, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, vol. 5, n. 4, pp. 482-489.
- Saitta, P. (2022), "Autoetnografia", in S. Curatolo (Ed.), *Ergastolo ostativo. Percorsi e strategie di sopravvivenza*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Saitta, P. (2023), "Posizionati nel reale. Autoetnografia, ricerca e presenza nelle tensioni di un tempo", in De Nardis, F., Petrillo, A., Simone, A. (eds. by), *Sociologia di posizione. Prospettive teoriche e metodologiche*, Milano, Meltemi.
- Safer, J.D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A. e Sevelius, J. (2016), Barriers to healthcare for transgender individuals, in *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, vol. 23, n. 2, pp. 168-171 - <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000227>
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N.M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P. e Vitelli, R. (2019), Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review, in *Frontiers in Psychology*, vol. 10, 1453.
- Schettini, L. (2011), *Il gioco delle parti: Travestimenti e paure sociali tra Otto e Novecento*, Firenze, Le Monnier.
- Seelman, K.L. (2014), Transgender individuals' access to college housing and bathrooms: Findings from the National Transgender Discrimination Survey, in *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 26, n. 2, pp. 186-206.
- Serano, J. (2013), *Excluded: Making feminist and queer movements more inclusive*, Berkeley, Seal Press.
- Serano, J. (2016), *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*, Berkeley, Seal Press.
- Shakespeare, T. (2006), The social model of disability, in *The disability studies reader*, vol. 2, pp. 197-204.
- Sottile, F. (2021), *Senza titolo di viaggio. Storie e canzoni dal margine dei generi*, Roma, Edizioni Alegre.
- Sottile, F. (2020), *La Mostruositrans. Per un'alleanza transfemminista fra le creature mostre*, Torino, Eris Edizioni.

- Spade, D. (2011), *Normal life. Administrative violence, critical trans politics, and the limits of law*, Boston, South End Press.
- Strang, J.F., Janssen, A., Tishelman, A., Leibowitz, S.F., Kenworthy, L., McGuire, J.K., (...) e Anthony, L.G. (2018), Revisiting the Link: Evidence of the Rates of Autism in Studies of Gender Diverse Individuals, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 57, n. 11, pp. 885-887.
- Stryker, S. (2017), *Transgender history: The roots of today's revolution*, trad. it. *Storia transgender. Radici di una rivoluzione*, Roma, Luiss University Press, 2023.
- Suess Schwend, A. (2020), Trans health care from a depathologization and human rights perspective, in *Public Health Reviews*, vol. 41, n. 1, pp. 1-17.
- Suess, A., Espineira, K. e Walters, P. C. (2014), Depathologization, in *Transgender Studies Quarterly*, vol. 1, n. 1-2, pp. 73-77.
- Tan, K.K., Treharne, G.J., Ellis, S.J., Schmidt, J.M. e Veale, J.F. (2019), Gender minority stress: A critical review, in *Journal of homosexuality*, vol. 67, n. 10, pp. 1471-1489.
- Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K. e Bockting, W. (2015), Development of the gender minority stress and resilience measure, in *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, vol. 2, n. 1, pp. 65-77.
- Todd, K., Peitzmeier, S.M., Kattari, S.K., Miller-Perusse, M., Sharma, A. e Stephenson, R. (2019), Demographic and behavioral profiles of nonbinary and binary transgender youth, in *Transgender health*, vol. 4, n. 1, pp. 254-261 - <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0068>
- Toyosaki, S., Pensoneau-Conway, S.L., Wendt, N.A. e Leathers, K. (2009), Community autoethnography: Compiling the personal and resituating whiteness, in *Cultural Studies? Critical Methodologies*, vol. 9, n. 1, pp. 56-83.
- Verbeek, W., Baici, W., MacKinnon, K.R., Zaheer, J. e Lam, J.S.H. (2022), "Mental Readiness" and Gatekeeping in Trans Healthcare, in *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 67, n. 11, pp. 829-831.

- Walker, N. (2020), *Throw away the master's tools: Liberating ourselves from the pathology paradigm*, <https://neuroqueer.com/throw-away-the-masters-tools/> (consultato il 10 November, 2023).
- Walker, N. e Raymaker, D.M. (2021), Toward a neuroqueer future: An interview with Nick Walkerm in *Autism in Adulthood*, vol. 3, n. 1, pp. 5-10.
- Warrier, V., Greenberg, D.M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.C., Allison, C. e Baron-Cohen, S. (2020), Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals, in *Nature Communications*, vol. 11, n. 1, 3959.
- Weinhardt, L.S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L.M., John, S.A., Apchemengich, I., (...) e Lambrou, N.H. (2017), Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological wellbeing: A mixed-method study, in *Transgender Health*, vol. 2, n. 1, pp. 140-150.
- White Hughto, J.M., Rose, A.J., Pachankis, J.E. e Reisner, S.L. (2017), Barriers to gender transition-related healthcare: Identifying underserved transgender adults in Massachusetts, in *Transgender health*, vol. 2, n. 1, pp. 107-118 - <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0014>