

Omogenitorialità e pregiudizi

Federico Ferrari

Psicologo e psicoterapeuta, Centro Bolognese di Terapia della Famiglia

Il pediatra narra un incontro

Conosco Sara, Alice e il loro bambino, Tommaso, da poco più di un anno. Fu Sara a chiamarmi, dicendomi che sua moglie Alice aveva appena partorito e volevano fissare la prima visita dal loro pediatra. Riusciamo da subito a creare un clima di reciproca accoglienza. Mi colpisce immediatamente il racconto del parto: Tommaso non è nato nella nostra città ma nella provincia vicina, dove è stato possibile effettuare da subito il riconoscimento da parte di Sara e dare al bimbo il cognome di entrambe le mamme. Non ho potuto non commentare questo primo gradino alla soglia della loro esperienza di genitori come un "inizio in salita", attorno al quale, tuttavia, si è subito mostrata la presenza calda e accogliente della rete di amicizie e del sostegno familiare.

Il background culturale delle due mamme ha facilitato l'introduzione del tema dell'attaccamento primario e dello sviluppo precoce ed è per questo che, quando ho parlato di contatto pelle a pelle e della possibilità che Tommaso cercasse anche il seno di Sara e che questa fosse una modalità utile per favorire la reciproca conoscenza, l'irrigidimento di Sara, sia verbale sia posturale, mi ha spiazzato. Sara ha subito tenuto a chiarire che era Alice che allattava e lei si prendeva cura del bambino, del sostegno della sua compagna e delle questioni organizzative. Alice confermava questa "suddivisione dei compiti", aggiungendo che è sempre stata Sara a interessarsi delle cose pratiche, concrete del ménage familiare, e la descrive come più razionale, organizzata. Debbo dire che non ero preparato a questa "polarizzazione di ruoli", che anche nelle successive visite e nei contatti telefonici si evidenziava... sicuramente non all'interno di una coppia omogenitoriale. Mi sono trovato spiazzato, e anche nei mesi successivi non riuscivo a tenere insieme la ricca competenza genitoriale di Sara e Alice con questa polarizzazione, che mi riportava continuamente alla mente la divisione nei ruoli tradizionali di "padre" e "madre" e di "maschile" e "femminile".

Anche al momento dell'introduzione degli alimenti complementari Sara si è chiamata fuori dal ruolo di "nutrice", delegando ad Alice il compito di accompagnamento di Tommaso verso la scoperta del mondo dei sapori. Questo atteggiamento, in parte distaccato, in parte di forte apprensione, era per me "la nota stonata", da entrambe accettata e condivisa, all'interno di una relazione invece molto calda, competente che entrambe queste mamme mostravano. La mia sensazione di "incongruenza" non credo ci abbia impedito di crescere anche nel nostro reciproco rapporto di fiducia, che mi ha permesso, al bilancio di salute dell'anno, di proporre, come mio solito, una riflessione sul primo anno da genitori e sul primo anno di vita di Tommaso. A quella visita, occasionalmente, era presente soltanto Sara che, in modo molto spontaneo, e con una mal celata commozione, mi ha portato due temi cruciali. Diventare genitore è stato per lei un'occasione di conferma della loro scelta di coppia, nonostante le tante cose che "ancora vanno messe a posto", e le ha permesso di sentirsi "riconosciuta" soprattutto da sua madre, che ancora oggi "non ha fatto sintesi" riguardo all'omosessualità del-

la propria figlia. Un tema, invece, si è riaperto, l'ha messa in crisi e la sta costringendo a fare i conti con un suo passato di importante disturbo del comportamento alimentare. "Come avrai notato – mi ha detto – ho fatto molta fatica, all'inizio, con l'alimentazione di Tommaso e ti ho stressato spesso riguardo al cibo. Ma sto lavorando anche su questo perché non voglio essere un limite per mio figlio".

Ho molto riflettuto su questo colloquio, sul mio "esserci" con questa famiglia e su come un mio stereotipo "positivo" – nelle famiglie omogenitoriali la collaborazione è più paritaria e svincolata dai ruoli genitoriali tradizionali –, unito a un'idea di famiglia che, nonostante tutto – ora me ne accorgo! – si confronta sempre "per differenza" con il modello tradizionale ("padre"/"madre", ruoli "maschili" e "femminili"), abbia influenzato la mia lettura di questo nucleo familiare, impedendomi di leggere dinamiche fin troppo evidenti e importanti nel loro percorso evolutivo e, forse, mi raffiguri un ulteriore "gradino" che rende "in salita" la loro strada.

E infine mi chiedo: al netto dell'unicità delle dinamiche di ogni specifico nucleo familiare, esistono aspetti critici, "nodi evolutivi" che più facilmente un modello di famiglia, proprio in funzione della propria costituzione, e nello specifico la famiglia omogenitoriale, si trova a dover affrontare nella propria "traiettoria familiare"? Oppure, ancora una volta, inforco gli occhiali del pregiudizio e tutto, invece, risiede nello sguardo che rivolgiamo alle famiglie?

Le riflessioni dell'esperto

Il pediatra ci presenta il suo incontro umano e clinico con una famiglia omogenitoriale. La sua testimonianza ci descrive un incontro improntato chiaramente alla massima accoglienza, marcato da uno sguardo positivo verso l'altro e che, coerentemente, si interroga sui propri pregiudizi e si preoccupa delle loro possibili implicazioni per la relazione di cura. Giustamente sottolinea come questi pregiudizi abbiano a che vedere con i ruoli di genere e il modello tradizionale di famiglia (l'idea che una "madre" sia – anche – una "nutrice", che gli aspetti pratici e organizzativi del ménage familiare siano propri del ruolo "paterno") o con il loro rifiuto (che una coppia omosessuale sia paritaria nella divisione delle mansioni superando i ruoli di genere). Non si tratta, cioè, di pregiudizi "contro l'omogenitorialità", ma della fatica a non riferirsi alla griglia eteronormativa, anche (e a maggior ragione per opposizione) quando la relazione non è eterosessuale. Questi pregiudizi rischiano di ostacolare l'incontro e richiedono, per essere superati, una costante curiosità ed empatia da parte del medico che, in questo caso, riesce infine a far sentire alla madre del bambino la possibilità di raccontarsi e "affidarsi".

Più in generale, la domanda del pediatra sembra legata al rapporto sottile tra il rifiuto di stereotipi e pregiudizi che rischiano di oscurare l'unicità di ogni famiglia e la possibilità di trovare una mappa di riferimento con cui pensare l'omogenitorialità in grado di orientare il curante su "aspetti critici e nodi evolutivi" più facilmente associati a queste famiglie.

Percorsi e sfide diversi

Come vedremo, una prima e generale risposta alle sfide che queste famiglie devono affrontare è proprio quella implicita nella domanda del pediatra: tutte le famiglie omogenitoriali, tutte diverse e ognuna con la sua storia, devono misurarsi con il fenomeno del pregiudizio eteronormativo. Se per quel che riguarda le relazioni con la famiglia allargata ogni situazione è unica (potendo andare dalla violenza alla completa accettazione), nello spazio sociale extra-familiare l'eventualità della discriminazione (lo stigma) esiste a prescindere, e la discriminazione del sistema legislativo e il pregiudizio anche violento dei media e delle istituzioni (per esempio un vi-

cepresidente della Camera che dice in tv che i genitori omosessuali “spacciano i bambini per i propri figli”) colpiscono tutte le famiglie omogenitoriali nello stesso modo.

Esiste tuttavia la possibilità di distinguere in base ai diversi percorsi di formazione delle famiglie alcuni compiti di sviluppo più specifici.

In particolare, nella testimonianza riportata, si tratta di una famiglia omogenitoriale di *prima costituzione a fondazione lesbica*, ovvero in cui il figlio è nato dal progetto di maternità congiunta di una coppia di donne tramite il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA). Altre famiglie omogenitoriali di prima costituzione, meno numerose, sono quelle a *fondazione gay* tramite la gestazione per altri (GPA), o quelle a *fondazione cogenitoriale allargata*, in cui i genitori biologici, non in coppia tra loro, condividono la genitorialità con uno o entrambi i partner omosessuali (come in una famiglia ricomposta). Sono di prima costituzione anche le famiglie *adoptive*, anche se questo percorso non è possibile in Italia, dove l'adozione è ancora riservata alle coppie eterosessuali sposate. Sebbene quelle di prima costituzione siano le famiglie omogenitoriali socialmente più “visibili”, va detto che la maggior parte dei figli di genitori omosessuali sono nati in famiglie *eterogenitoriali* (coppia padre-madre) in cui uno dei genitori si è riconosciuto omo- o bisessuale dopo l'arrivo dei figli. Alcuni di questi genitori creano poi famiglie *omoricomposte*, fondando nuove coppie omosessuali che hanno figli propri con differenti modalità.

Venendo dunque ai compiti di sviluppo, per tracciare un quadro sommario potremmo dire che, tra le famiglie di prima costituzione, mentre le famiglie a fondazione lesbica e gay si trovano a gestire la relazione con un terzo procreativo (chi effettua il dono dei gameti o porta avanti la gravidanza per altri), quelle a fondazione cogenitoriale si trovano a gestire in particolare la multinuclearità della famiglia e il coordinamento delle diverse funzioni genitoriali al di fuori della coppia. Questo è, perlopiù, anche il tema delle famiglie omoricomposte, che vi arrivano però dopo aver affrontato il coming out del genitore e, di conseguenza, la possibilità di una separazione più o meno conflittuale.

In questo contributo mi soffermerò sulle sfide che attengono specificamente le famiglie a fondazione lesbica e gay.

Le radici del pregiudizio: l'eteronormatività

Per capire il pregiudizio (anche il proprio) verso l'omogenitorialità, e il perché (come si sottolineava nella testimonianza) esso sia così intrinsecamente legato alla questione del genere, è necessario mettere a fuoco l'eteronormatività [1] intesa come rete di premesse culturali che si confermano a vicenda. Tale rete di premesse ha come nucleo l'elevazione della procreazione da conseguenza della sessualità (fondamentale in quanto elemento necessario alla vita) a suo unico e ultimo “scopo” (ciò che altrove ho chiamato *procreativismo*) [2]. Nella visione eteronormativa, poiché il fine del sesso è la procreazione, esistono solo due sessi (quelli riproduttivi appunto), che fondano identità di genere complementari e coerenti alla funzione procreativa del corpo ed entrano tra loro in una relazione necessariamente eterosessuale. L'ordine sociale “naturale” sarebbe un sistema di strutture familiari (parentela) incentrate sull'evento procreativo eterosessuale (le “famiglie naturali”) che si basa su strutture “invarianti” definite dall'alleanza eterosessuale e dalla discendenza di sangue [3].

Quest'ultimo passaggio, la “naturalizzazione” della parentela, finisce per delimitare a tale sistema di relazioni eteronormativo la possibilità stessa di appartenenza al consorzio umano. Corpi, menti, ruoli familiari e strutture sociali si allineano intorno alla funzione procreativa, che viene così connotata come imprescindibile. Da qui la sua implicazione

come fine biologico, esistenziale e sociale della vita (e della sessualità), che chiude il cerchio della tautologia confermando la premessa centrale.

In prima istanza, il pregiudizio eteronormativo rifiuta dunque come “disordinate” tutte quelle soggettività (LGBTQIA+) che negano il mandato esistenziale dell'individuo a costruire una famiglia procreativa. Ma ancor più rifiuta l'omogenitorialità, che nega la necessità della procreazione eterosessuale per realizzare la filiazione e, così facendo, spazza via la base della tautologia eteronormativa, lasciando disorientato chi vi si è appoggiato nella sua costruzione del mondo.

Tuttavia, le stesse categorie definitorie della parentela eteronormativa (*l'alleanza eterosessuale* e *la filiazione di sangue*), nell'Occidente post illuminista, hanno cambiato gradualmente di significato (come per altro la rappresentazione dei rapporti tra i generi). Il matrimonio e la filiazione hanno assunto sempre più il connotato di *scelta d'amore* e di *cura genitoriale*, definendo la parentela (e la famiglia) come un'assunzione soggettiva di responsabilità sempre più indipendente dal mandato procreativo. Le famiglie omogenitoriali nascono a partire da queste “nuove” definizioni. Tuttavia, se per le famiglie eterogenitoriali il legame d'amore e quello procreativo sono spesso sovrapponibili e non suscitano forte ambiguità, l'esistenza delle famiglie omogenitoriali fondate unicamente sull'amore ha invece l'effetto di far emergere la discontinuità tra i due [2,4-5].

Oggi assistiamo quindi a un confronto sociale sull'incompatibilità tra, da un lato, la tutela di queste nuove famiglie e, dall'altro, un impianto istituzionale ancorato al sistema procreativo eteronormativo: da una parte la richiesta di cambiamento nel senso dell'inclusività, dall'altra le numerose resistenze di chi difende l'ordine tradizionale. Questo confronto, pur orientato dai valori universalistici occidentali verso l'inclusività, ha un effetto polarizzante che, accanto all'affermarsi di narrazioni normalizzanti dell'omogenitorialità, alimenta anche un'esacerbazione dello stigma sociale, che è, come vedremo, il principale fattore di rischio per i figli.

Omogenitorialità e pregiudizi: la letteratura scientifica

La ricerca sulle famiglie omogenitoriali ha ampiamente dimostrato che la loro composizione non implica di per sé un ostacolo alla possibilità di crescere figli sani e felici [5-8].

Emerge, tuttavia, come i pregiudizi rappresentino il principale fattore di rischio per la qualità delle relazioni.

Questo vale più che mai per le discriminazioni dirette omolesbo-bi-trans-fobiche [9]. Gli studi evidenziano un impatto di questi episodi sul benessere dei figli [10], su quello dei genitori [11] e sulla qualità della loro relazione di attaccamento [12].

Il paradigma più affermato nello studio degli effetti dello stigma è quello del *minority stress* [13-14] che considera che l'appartenenza a una minoranza sia sempre causa di uno stress sistemico, con ricadute relazionali, psicoemotive, immunologiche e somatiche. Questo perché le mappe insite nell'organizzazione sociale e che guidano le interazioni quotidiane, sono improntate a una rappresentazione della realtà su misura della maggioranza, ponendo sempre chi appartiene alla minoranza in una posizione di forte dissonanza, dovendo definire e segnalare tale posizione, e spiegare e difendere le proprie esigenze. Lo “stress” può essere cumulativo rispetto a più appartenenze e risulta più intenso quanto più la categoria di minoranza è saliente rispetto al contesto, rilevante per la propria identità e poco integrata con altri aspetti dell'identità. I fattori stressogeni associati alla posizione di minoranza sono in primo luogo quelli “esterni” (discriminazioni, invalidazioni, macro e micro aggressioni), poi la loro anticipazione (attesa del pregiudizio sociale, nascondimento ed evitamento del conflitto) e la loro interiorizzazione (stig-

ma interiorizzato e autoinvalidazione). Sarebbe proprio attraverso l'interiorizzazione del pregiudizio, il generarsi di un senso di impotenza e la costante attivazione di allerta associata alla sua anticipazione, che si spiegherebbero gli effetti più importanti sulla salute [14-15].

Un altro paradigma che va affermandosi nello studio degli effetti dell'eteronormatività sulle famiglie omogenitoriali è quello della *ambiguità della parentela* (o *dei confini familiari*) [2,15-16]. Secondo questo approccio, tra i compiti di ogni famiglia c'è la negoziazione costante dei propri confini, ovvero stabilire un consenso, anche a partire dalle categorie culturali della parentela, su chi è "dentro" la famiglia, e a che titolo, e chi è fuori. Questo avviene attraverso il linguaggio condiviso, nel discorso quotidiano, attraverso le interazioni e i rituali. Tutte pratiche che bilanciano l'*ambiguità fisiologica* dei confini relazionali. Quando le pratiche simboliche faticano a rendere conto della realtà, l'ambiguità aumenta, riducendo il senso di appartenenza e aumentando l'insicurezza e lo stress, come in occasione di cambiamenti importanti, quali lutti e separazioni, e come quando le rappresentazioni istituzionali e maggioritarie della parentela non corrispondono a quelle identitarie della famiglia.

È evidente che nel caso dell'omogenitorialità l'ambiguità dei confini familiari e il minority stress si incontrano laddove la categoria di appartenenza alla minoranza sociale è proprio l'identità familiare.

Pregiudizi sulla genitorialità, il genere e il corpo

La ricerca ha dimostrato che le funzioni genitoriali, in quanto insieme di risposte necessarie alla soddisfazione dei bisogni del bambino, sono espletabili a prescindere dal sesso di chi le esercita [5,17-18]. Per questo risulta sempre più attuale un modello di genitorialità incentrato sull'assunzione della responsabilità delle funzioni genitoriali, coerentemente con il concetto di adozione psichica e di identità genitoriale [19-20]. Tuttavia, un particolare pregiudizio eteronormativo con cui i genitori omosessuali devono misurarsi è quello che identifica la genitorialità con la filiazione di sangue e le funzioni genitoriali con il ruolo procreativo, come ipotizzato dalla teoria psicoanalitica classica. In base a questa premessa, la funzione "materna" sarebbe appannaggio della donna che, in quanto capace di gravidanza e allattamento, sarebbe naturalmente predisposta alla funzione di nutrice dei figli e soggetta a un legame viscerale con loro. Viceversa, a causa della sua diversa biologia procreativa, l'uomo sarebbe incapace di un simile legame, essendo invece predisposto alla funzione "paterna": quella di separazione della diade fusionale madre-bambino e di socializzazione normativa, in virtù di una psiche più "fallica", intellettuale e dominante, e non soggetta all'invischiamento materno. In realtà oggi anche in psicoanalisi emerge una visione di questo schema come una spartizione delle funzioni genitoriali in base ai ruoli culturali di genere [21].

Uno degli effetti di questo pregiudizio procreativista sui genitori omosessuali è che si trovano ancora, spesso, a sentire di dover dimostrare la loro (buona) genitorialità, una forma di stress che è stata chiamata *giustificazione genitoriale* [22-23]. D'altra parte, i genitori omosessuali si trovano nella libertà di spartirsi lo svolgimento delle funzioni genitoriali non in base ai ruoli di genere, ma in base alle proprie personali predisposizioni e storie. Sebbene questo porti spesso a una spartizione più paritaria e simmetrica dei compiti domestici, non significa affatto che non ci possa essere tra i genitori una spartizione in funzione delle predisposizioni personali. Per esempio, non è inusuale (come nel caso di Sara nella testimonianza) che la differenza di ruolo procreativo tra madre biologica e sociale, faccia da base a tale spartizione. Questo mima di fatto i ruoli di genere, ma è soprattutto un modo di appoggiarsi a ruoli predefiniti che ren-

dono conto dell'asimmetria dell'esperienza della gravidanza nella coppia: in molti altri casi troviamo coppie che decidono di bilanciare tale asimmetria con un coinvolgimento importante nell'accudimento primario del figlio della madre sociale [23-24], come si aspettava anche il pediatra nella sua testimonianza.

A corollario di questo pregiudizio che identifica la genitorialità con la procreazione, troviamo l'idea che l'esperienza procreativa (in particolare la gravidanza) non possa che attivare un'identità genitoriale. Questo è contraddetto, per esempio, dalle numerose esperienze e testimonianze delle gestanti per altri che, pur avendo spesso una relazione di alleanza con i genitori putativi e una relazione di affetto e cura verso il bambino che portano in grembo, non lo considerano e non lo sentono come proprio figlio [21].

Identità e relazioni familiari tra semantiche familiari e semantiche sociali

D'altronde: Chi è cosa per chi? Chi è dentro la famiglia e chi no? In virtù di cosa? Con quale ruolo? Parliamo di relazioni e di identità, parliamo di significati attribuiti a fatti e a racconti di fatti, in modo negoziato e più o meno consensuale. Il "legame di sangue" è un legame se tale è il significato attribuito al fatto di avere in comune dei geni e/o l'origine del proprio materiale organico. Sebbene la nostra premessa eteronormativa attribuisca grande importanza al legame di sangue, perlopiù, nelle famiglie omogenitoriali di prima costituzione il dialogo sulle identità e le relazioni valorizza invece il legame d'amore tra genitori e figli, distinguendolo dal contributo del *terzo procreativo* (il donatore nella PMA e la donatrice e/o la gestante nella GPA). Le buone prassi sviluppate da Famiglie Arcobaleno suggeriscono in questo senso di condividere con i figli la loro storia procreativa non appena la conversazione lo permette, crescendo nella verità delle loro origini [25-26]. L'evento procreativo è spesso raccontato in modo semplice e chiaro, senza attribuire a donatori e portatrici alcun particolare legame con i figli, se non appunto quello del dono del "semino", dell'"ovetto" o della disponibilità della propria pancia, che ha permesso la loro venuta al mondo, in una semantica della "gratitudine" [27]. Spesso il donatore anonimo è inizialmente assimilato al donatore di sangue (intercambiabile), per poi assumere, a mano a mano che la conversazione si sofferma sulle caratteristiche fisiche dei figli associate al contributo genetico del donatore, un profilo personale, con un aspetto e una cultura di appartenenza [28]. La letteratura [29-31] evidenzia come, sebbene non sia rara una curiosità per questi aspetti fisici e per l'esistenza di altra progenie dello stesso donatore, questa non si traduca necessariamente nel desiderio di conoscere il donatore e tanto meno di instaurare un rapporto con lui, sia quando il donatore è "chiuso" (quindi non conoscibile) sia quando è "aperto" (cioè conoscibile al 18° anno della progenie). Se il donatore è invece conosciuto e ha rapporti costanti con il figlio, la loro relazione sarà soggetta a evoluzione ed esposta comunque alla possibilità di un'adozione-affiliazione psichica, sebbene questa non sia la regola [32]. Al contrario, il rapporto con la portatrice, anche quando questa rimane in contatto negli anni con la famiglia, partendo già da un'esperienza intensa e importante come la gravidanza, risulta più stabile. Le portatrici hanno una famiglia propria e dei figli, un'identità sociale chiara (il gruppo "professionale" delle altre portatrici con cui c'è scambio e confronto) [27,33-34] e una motivazione coerente con i propri valori, che ancorano e definiscono il loro ruolo verso il bambino sin dal concepimento. Va detto che spesso il terzo procreativo che conosce e frequenta anche saltuariamente i bambini, assume un ruolo interno ai confini familiari, seppur non genitoriale: uno zio o una zia di pancia [2].

Sia nel caso del terzo conosciuto che di quello anonimo, il dialogo familiare precoce, sereno e trasparente sul suo ruolo procreativo, senza omissioni ma in un linguaggio comprensibile ai bambini, permette loro una continuità identitaria e una piena conoscenza della propria storia, che fa tutta la differenza rispetto a quelle situazioni di adozione in cui la mancanza di testimonianza sugli eventi infantili genera invece ambiguità sul significato della relazione primaria e della sua interruzione. I bambini, che costruiscono la loro identità in una semantica coerente alle loro relazioni primarie, si trovano poi, nel momento della socializzazione secondaria, ad affrontare la differenza tra queste e le semantiche sociali eteronormative. Abbiamo parlato di sovrapposizione tra minority stress e ambiguità della parentela come fattore di stress per i bambini: questo è particolarmente vero finché l'identità familiare non risulta consolidata tanto nei suoi aspetti nucleari (Chi sono?) quanto in quelli sociali (Chi non sono? Come mi distingo dall'altro? Come gestisco questa differenza?). Fino a quel momento il compito degli adulti è dunque quello di offrire loro un codice di traduzione, uno script di risposta e uno spazio di elaborazione di questo incontro. Le buone prassi omogenitoriali in questo senso valorizzano in modo particolare la visibilità dei genitori, che permette al sistema sociale di conoscere la composizione familiare potendo così evitare di chiederne conto ai bambini (o contraddirli quando questi cercano di spiegarsi) e supportarli quando nel confronto con i pari questi raccontano la loro famiglia differente dagli stereotipi eteronormativi. L'elaborazione dell'identità familiare per differenza inizia già intorno ai tre anni (quando per esempio raccontano a tutti la loro famiglia –“Lo sai che ho due mamme?”– o cominciano a interrogarsi sulla figura del genitore assente –“Perché non ho un papà?”), ma si completa in adolescenza [35] quando i ragazzi si assumono la titolarità di scegliere a chi raccontarsi e a chi no, mentalizzando la relazione di potenziale pregiudizio e le strategie per anticiparlo, evitarlo o contrastarlo.

La relazione di cura con il pediatra

Per rispondere alla domanda del pediatra, è fondamentale sempre ricordare che tutte le “mappe” che guidano la nostra osservazione della realtà, da quelle più ingenua a quelle scientificamente fondate e statisticamente giustificate, sono dei “pregiudizi” [36]. Credo che ogni famiglia, essendo unica nelle sue risorse, nella sua storia e nelle sue vulnerabilità, si chieda sempre se il medico cui sta chiedendo aiuto sia in grado di “vederla” o, piuttosto, se sia “sicuro” mostrargli nella propria specificità. Ma quando si tratta di una famiglia appartenente a una minoranza stigmatizzata, a questa domanda si accompagnerà sempre il pensiero che il curante possa essere impreparato ad accoglierla o peggio portatore di idee discriminatorie nei suoi confronti. Per chi appartiene a queste minoranze, l'ambiguità dell'appartenenza va al di là dei confini familiari: essa è per certi versi intrinseca alla propria esistenza; il mondo è un luogo sicuro e di cui si fa parte a pieno titolo, sino a quando non lo è più. E tutto può cambiare in pochi secondi a seconda di chi si è in presenza. L'altro discriminatorio può essere solo un individuo nel contesto di cui non curarsi, ma a seconda della sua numerosità e del suo potere nel contesto, può diventare il contesto stesso, marcatore di un mondo escludente, pericoloso e invincibile, in cui si resterà sempre minoranza e sempre potenzialmente esclusi.

Per questo il clinico più che sull'esattezza dei propri pregiudizi, deve interrogarsi sull'inclusività del proprio sguardo, che non sarà mai scevro dai pregiudizi, ma potrà mostrarsi accogliente e curioso di capire. In questo modo, potrà permettere alle famiglie omogenitoriali (come a tutte le altre minoranze) di sentirsi abbastanza “al sicuro” da affidarsi e mostrare i propri bisogni e le proprie vulnerabilità come necessario in ogni relazione di cura. ■

Bibliografia

1. Kitzinger C. Heteronormativity in action: Reproducing the heterosexual nuclear family in afterhours medical calls. *Social Problems* 2005;52:477-498.
2. Ferrari F. Altre generatività: procreazione e filiazione senza sessualità. In Fruggeri F (a cura di). *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Carocci, 2018: 91-122.
3. Lévi-Strauss C. Le strutture elementari della parentela. Feltrinelli, 2003.
4. Nadaud S. Homoparentalité. Une nouvelle chance pour la famille? Fayard, 2002.
5. Ferrari F. La famiglia in-attesa. I genitori omosessuali e i loro figli. Mimesis, 2015.
6. Patterson CJ. Lesbian and Gay Parenting. American Psychological Association Committee on LGB Concerns, Committee on Children, Youth, and Families, Committee on Women in Psychology. Washington DC, 2005.
7. Adams L, Light R. Scientific Consensus, the Law, and Same Sex Parenting Outcomes. *Soc Sci Res* 2015 Sep;53:300-310.
8. Goldberg AE, Allen KR. LGBTQ-Parent Families: Innovations in Research and Implications for Practice. Springer, 2020.
9. Carone N, Bos HMW, Shenkman G, Tasker F. LGBTQ Parents and Their Children During the Family Life Cycle. *Front Psychol* 2021 Feb 18;12:643647.
10. Bos HMW, Carone N, Rothblum ED et al. Long-Term Effects of Homophobic Stigmatization During Adolescence on Problem Behavior in Emerging Adult Offspring of Lesbian Parents. *J Youth Adolesc* 2021 Jun;50(6):1114-1125.
11. Green RJ, Rubio RJ, Rothblum ED et al. Gay fathers by surrogate: Prejudice, parenting, and well-being of female and male children. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2019;6:269-283.
12. Farr RH, Vázquez CP. Stigma Experiences, Mental Health, Perceived Parenting Competence, and Parent-Child Relationships Among Lesbian, Gay, and Heterosexual Adoptive Parents in the United States. *Front Psychol*. 2020 Mar 30;11:445.
13. Meyer I. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003 Sep;129(5):674-697.
14. Prendergast S, MacPhee D. Family Resilience Amid Stigma and Discrimination: A Conceptual Model for Families Headed by Same-Sex Parents. *Family Relations* 2017; 67:26-40.
15. Boss P, Bryant C, Mancini J. Family stress management: A contextual approach. Sage Publications, 2017.
16. Coleman M, Ganong L, D'Amore S. Boundary ambiguity: A focus on stepfamilies, queer families, families with adolescent children, and multigenerational families. In Browning S, van Eeden-Moorefield B. *Treating contemporary families: Toward a more inclusive clinical practice*. American Psychological Association, 2022:157-186.
17. Fruggeri L. Diverse normalità. *Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Carocci, 2005.
18. Venturelli E. L'inevitabilità di una genitorialità diffusa: le relazioni triadiche emergenti dal rapporto famiglie e servizi. In Fruggeri L (a cura di). *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Carocci, 2018:284-315.
19. Ferrari F. La genitorialità come relazione identitaria fondamentale: apprendere dall'omogenitorialità. *Varchi-Tracce per la psicoanalisi* 2016a;14:16-25.
20. Recalcati M. Diritti, mamma e papà non bastano. *La Repubblica* 31 marzo 2023.
21. Lingiardi V, Carone N. Madri lesbiche, padri gay: genitori de-generati? *Giornale italiano di psicologia* 2016;1-2:57-80.
22. Bos HMW. Planned Gay Father Families in Kinship Arrangements. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2010;31:356-371.
23. Bos H. Lesbian-Mother Families Formed Through Donor Insemination. In Goldberg A, Allen K. *LGBT-Parent Families*. Springer, 2013:21-38.
24. Gartrell N, Banks A, Hamilton J. The national lesbian family study: 2. Interviews with mothers of toddlers. *Am J Orthopsychiatry* 1999 Jul;69(3):362-369.
25. Ferrari F. L'intervento psicologico nel sostegno delle buone prassi delle famiglie omogenitoriali di prima costituzione. In Everri M. (a cura di). *Genitori come gli altri e fra gli altri. Essere genitori omosessuali in Italia*. Mimesis, 2016:109-126.
26. De Simone S. Le famiglie Arcobaleno in Italia. In Bastianoni P, Baia-monte C (a cura di) *Le famiglie omogenitoriali in Italia. Relazioni familiari e diritti dei figli*. Junior-Spaggiari, 2015.

27. Carone N. In origine è il dono. Donatori e portatrici nell'immaginario delle famiglie omogenitoriali. Il Saggiatore, 2016.
28. Wyverkens E, Provoost V, Ravelingien A et al. Beyond sperm cells: a qualitative study on constructed meanings of the sperm donor in lesbian families. *Hum Reprod* 2014 Jun;29(6):1248-1254.
29. Nelson MK, Hertz R, Kramer W. Making Sense of Donors and Donor Siblings: A Comparison of the Perceptions of Donor-Conceived Offspring in Lesbian-Parent and Heterosexual-Parent Families. *Visions of the 21st Century Family: Transforming Structures and Identities Contemporary Perspectives in Family Research* 2013;7:1-42.
30. Persaud S, Freeman T, Jadva V et al. Adolescents Conceived through Donor Insemination in Mother-Headed Families: A Qualitative Study of Motivations and Experiences of Contacting and Meeting Same-donor Offspring. *Child Soc* 2017 Jan;31(1):13-22.
31. Teplitzky Carneiro FA, Léong V, Nóbrega S et al. Are the children alright? A systematic review of psychological adjustment of children conceived by assisted reproductive technologies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022 Dec 29.
32. Goldberg AE, Allen KR. Donor, dad, or...? Young adults with lesbian parents' experiences with known donors. *Fam Process* 2013 Jun;52(2):338-350.
33. Jacobson H. *Labor of Love. Gestational Surrogacy and the Work of Making Babies*. Rutgers University Press, 2016.
34. Pande A. *Wombs in Labor: Transnational Commercial Surrogacy in India (South Asia Across the Disciplines)*. Columbia University Press, 2014.
35. Bos HMW, Gartrell NK. Adolescents of the U.S. National Longitudinal Lesbian Family Study: Can Family Characteristics Counteract the Negative Effects of Stigmatization? *Fam Process* 2010 Dec;49(4):559-572.
36. Cecchin G, Lane G, Ray WA. *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Cortina, 1997.

federico_ferrari79@yahoo.it

blister Sensibilità materna e sensibilità paterna

I genitori sensibili prestano attenzione, interpretano e rispondono ai segnali del bambino in modo appropriato e tempestivo e accolgono nella loro mente la prospettiva del bambino quando considerano i suoi bisogni. La sensibilità dei genitori è costantemente associata alla costruzione di relazioni positive e alle abilità socioemotive dei bambini; inoltre la sensibilità materna è fortemente correlata all'attaccamento sicuro, allo sviluppo del linguaggio e al funzionamento sociale del bambino. La sensibilità dei padri è minore di quella espressa dalle madri oppure negli ultimi anni, con il maggiore coinvolgimento dei padri nell'educazione, le differenze si sono ridotte? E la sensibilità all'interno di una coppia è accoppiata, ossia una madre sensibile è più probabile che abbia come partner un padre sensibile? A queste domande ha risposto una meta-analisi che ha raccolto 93 studi per un totale di 10.980 osservazioni padre-bambino e 11.291 madre-bambino; la distribuzione geografica delle diadi era per la maggior parte rappresentativa del Nord America (53%), quindi Europa (23%), Medio Oriente (19%), e in minima parte proveniva da Oceania, Sudamerica e Asia.

Come previsto, i padri hanno livelli di sensibilità un poco inferiori rispetto alle madri ($d = -0,27$, IC 95 % $-0,33, -0,20$, $p < 0,001$); tuttavia è interessante notare come questa differenza si sia modificata sensibilmente rispetto all'anno di pubblicazione dei singoli studi, con la differenza tra madri e padri che si riduce nel tempo ($d = -0,52$ prima del 2000, $d = -0,33$ tra il 2000 e il 2010 e $d = -0,20$ dal 2010).

Alla seconda domanda la risposta è sì, c'è una correlazione positiva e significativa all'interno della coppia tra sensibilità materna e paterna ($r = 0,23$, IC 95% $0,19, 0,27$, $p < 0,001$, dopo correzione per bias di pubblicazione), anche se è presente un'elevata eterogeneità tra gli studi (I² 77,52%); la correlazione è più evidente in Medio Oriente che in Europa o in Nord America (rispettivamente $r = 0,46$, $r = 0,30$ e $r = 0,30$) [1].

Al di là dei numeri, questa importante meta-analisi ci dice che i padri sostanzialmente presentano una sensibilità non dissimile da quella delle madri: la differenza c'è, ma è così piccola da renderla priva di significato nella pratica. L'analisi dei moderatori ha evidenziato l'importanza della posizione geografica: le politiche di congedo parentale, differenti tra i diversi Paesi, possono favorire la presenza dei papà a casa dove possono apprendere i diversi segnali del bambino. Un altro moderatore è l'anno di pubblicazione dello studio che può indicare il progressivo coinvolgimento della donna nel mondo del lavoro e la modificazione dei ruoli educativi genitoriali negli ultimi decenni. Inoltre anche le modalità di misurazione della sensibilità può variare i risultati: la codifica di un particolare comportamento per unità di tempo può rilevare differenze di sensibilità maggiori rispetto a una codifica globale dell'interazione; infine, la misurazione nella triade (presenza contemporanea di madre e padre nell'interazione con il bambino) avvantaggia la sensibilità materna rispetto alle misurazioni diadiche. Un punto critico di questi studi è la popolazione arruolata, molto spesso di ceto sociale medio-elevato e costituita da famiglie volontarie disposte a farsi filmare anche per ore.

In conclusione, quando parliamo di sensibilità del genitore dobbiamo pensare sia alla madre sia al padre in egual misura, e promuovere corsi di genitorialità che abbiano come partecipanti mamme e papà in termini paritetici senza differenziare specifiche peculiarità. Uno sforzo culturale per i ricercatori e per i clinici.

1. Deneault AA, Cabrera NJ, Bureau JF. A meta-analysis on observed paternal and maternal sensitivity. *Child Dev* 2022 Nov;93(6):1631-1648.