

REPORT NAZIONALE: ITALIA



**L'importanza della formazione
dei professionisti sanitari per
migliorare la salute delle
persone LGBTI in Italia**



Promoting Inclusive
and Competent Health Care
for LGBTI People



Titolo: L'importanza della formazione dei professionisti sanitari per migliorare la salute delle persone LGBTI in Italia

Autori: Elena Togni, Giacomo Viggiani

Revisore: Laura Bugatti

Graphic design: Zsolt S. Szabó

Editore: Università degli Studi di Brescia

Data: Ottobre 2020



Questa pubblicazione è stata prodotta nell'ambito del progetto "*Open Doors: Promoting Inclusive and Competent Health Care for LGBTI People*", finanziato dal "Rights, Equality and Citizenship Programme" (2014-2020) dell'Unione Europea.

I contenuti di questa pubblicazione sono esclusiva responsabilità degli autori e non possono essere considerati espressione delle idee della Commissione Europea.



This publication may be downloaded free of charge from opendoorshealth.eu.

Indice

1. Sintesi del report	4
2. Breve panoramica del Sistema Sanitario	4
3. Quadro normativo	5
4. Ricerca, programmi e strategie	9
5. Supporto e servizi per i pazienti LGBTI	13
6. Professionisti sanitari e sviluppo delle competenze	17
6.1 Conoscenza	18
6.2 Atteggiamento	21
6.3 Esperienza e prassi	25
6.4 Formazione	27
7. Conclusioni	33
Raccomandazioni	34
Bibliografia	36

1. Sintesi del report

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si fonda sui principi di copertura universale, solidarietà e dignità; tuttavia, non esistono servizi rivolti in maniera specifica alle persone LGBTI né al livello nazionale né regionale. La ricerca sui bisogni sanitari dei pazienti LGBTI è alquanto scarsa e le limitate iniziative attuate a livello nazionale e/o locale hanno finalità circoscritte. Al contempo manca una normativa nazionale volta a sanzionare le discriminazioni in ambito sanitario basate sull'orientamento sessuale, l'identità e l'espressione di genere e i caratteri sessuali. Le organizzazioni della società civile rivestono un ruolo chiave e fondamentale nella promozione e supporto della salute delle persone LGBTI, tuttavia i servizi offerti dalle stesse sono spesso limitati alle persone trans. I risultati dell'indagine Open Doors mostrano un atteggiamento positivo dei professionisti sanitari nei confronti dei pazienti LGBTI e sia i professionisti intervistati sia coloro che hanno partecipato all'indagine on line concordano sull'importanza e la necessità di una maggiore formazione sulle questioni che riguardano le persone LGBTI e la loro salute.

2. Breve panoramica del Sistema Sanitario

In base alla Costituzione italiana, il governo nazionale garantisce il rispetto degli obiettivi generali e dei principi fondamentali del sistema sanitario nazionale e definisce un pacchetto di prestazioni statutarie nazionali da offrire a tutti i residenti in ogni regione, i cosiddetti "livelli essenziali di assistenza" (LEA: livelli essenziali di assistenza). Le regioni hanno la responsabilità di organizzare ed erogare i servizi sanitari attraverso le unità sanitarie locali.

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833¹ e si conforma ai principi di copertura universale, solidarietà e dignità umana. Al SSN possono

¹ Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, in GU n. 360 del 28 dicembre 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

accedere tutti i cittadini e i residenti stranieri regolari, e dal 1998 anche gli immigrati irregolari hanno accesso ai servizi urgenti ed essenziali.

Sebbene i tre principi di universalità, uguaglianza e solidarietà siano volti a raggiungere livelli di assistenza uniformi su tutto il territorio, attraverso l'accesso equo ai servizi per tutti i cittadini e la solidarietà fiscale come modalità fondamentale di finanziamento del sistema sanitario, nonché a garantire che tutti i servizi inclusi nel pacchetto di prestazioni di base (LEA) siano ugualmente accessibili in tutte le regioni italiane, le strutture sanitarie differiscono in termini di qualità tra le regioni.

Per poter offrire servizi per conto del SSN italiano, le strutture sanitarie sono tenute ad ottenere l'accreditamento che garantisca la parità delle condizioni tra i fornitori di servizi sanitari pubblici e privati, proteggendo il diritto di scelta della struttura sanitaria del cittadino e assicurando l'uguaglianza delle tariffe e l'equa remunerazione dei fornitori. Ai pazienti viene data la possibilità di scegliere tra un ospedale pubblico o privato accreditato, ma non la scelta dello specialista.

La legislazione nazionale richiede a tutti i fornitori di servizi sanitari pubblici di emettere una "carta dei servizi sanitari" con informazioni sulle prestazioni del servizio, gli indicatori di qualità, i tempi di attesa, le strategie di garanzia della qualità e il processo per i reclami dei pazienti. Queste carte dei servizi sono adottate anche dal settore privato per il processo di accreditamento e devono essere pubblicate annualmente, anche se i metodi di diffusione sono decisi a livello regionale (Lo Scalzo 2009).

3. Quadro normativo

In Italia manca una normativa nazionale volta a proibire le discriminazioni in ambito sanitario fondate sull'orientamento sessuale, l'identità ed espressione di genere oppure i caratteri sessuali; ciononostante alcune regioni, all'interno della loro competenza a disciplinare le questioni riguardanti la sanità/salute pubblica hanno emanato leggi che proibiscono siffatte discriminazioni. La possibilità di ottenere la riassegnazione del genere è prevista dalla legge, mentre non esiste alcuna disposizione vincolante che vieti i "trattamenti di normalizzazione del sesso" e gli interventi chirurgici sui minori intersex.

In Italia non esiste una normativa nazionale volta a vietare le discriminazioni in ambito sanitario fondate sull'orientamento sessuale, l'identità ed espressione di genere oppure i caratteri sessuali. Tuttavia, gli artt. 2 e 3 della Costituzione dedicati alla protezione dei diritti umani e all'uguaglianza possono essere interpretati al fine di riconoscere tutela alle persone LGBTI in vari settori dell'ordinamento, incluso quello sanitario.

A livello locale, però, è possibile trovare alcune iniziative degne di nota. La Regione Toscana ha emanato una legge, L.R. n. 63/2004, che vieta la discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere in numerosi campi tra cui quello della salute e del benessere². Ai sensi dell'art. 7 della citata legge regionale ciascuno ha diritto di designare la persona a cui gli operatori sanitari devono riferirsi per ottenere il consenso a un determinato trattamento terapeutico, nel caso in cui l'interessato versi in una condizione che lo rende incapace di decidere; mentre secondo l'art. 10 le aziende sanitarie locali assicurano adeguati interventi di informazione, consulenza e sostegno per rimuovere gli ostacoli alla libertà di scelta della persona circa il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere. Leggi analoghe sono state emanate da altre regioni: Liguria (L.R. n. 52/2009)³, Marche⁴ (L.R. n. 8/2010 come modificata dalla L.R. n. 8/2013), Piemonte⁵ (L.R. n. 5/2016) e Umbria⁶ (L.R. n.3/2017). Una legge

² Legge Regionale n. 63 del 15 novembre 2004, in BU n. 46 del 24 novembre 2004, Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere. (<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/23648/Legge%20n.%2063%20del%2015%20novembre%202004/820b4cfb-04cb-4404-ac47-a8f7f9bb4c80>).

³ Legge Regionale n. 52 del 10 novembre 2009, in BU n. 20 dell'11 novembre 2011, Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere. (<http://www.unar.it/wp-content/uploads/2015/06/Regione-Liguria-Legge-Regionale-n.52-2009.pdf>).

⁴ Legge Regionale n. 8 dell'11 febbraio 2010, in BU n. 17 del 18 febbraio 2010, Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere. (<http://213.26.167.158/bur/10/17.1802/leggi/5.html>).

⁵ Legge Regionale n. 5 del 23 marzo 2016, in BU n. 12 del 25 marzo 2016, Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale. (<http://arianna.consiglioregionale.piemonte.it/iterlegcoordweb/dettaglioLegge.do?urnLegge=urn:nir:regione.piemonte:legge:2016:5@2019-3-1>).

⁶ Legge Regionale n. 3 dell'11 aprile 2017, in BU n. 16 del 19 aprile 2017, Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere. (http://leggi.crumbria.it/mostra_atto.php?id=83424&v=FI,SA,TE,IS,VE,RA,MM&m=5#:~:text=Legge%20regionale%2011%20aprile%202017,3%20%7C%20Regione%20Umbria%20%2D%20Assemblea%20Legislativa&text=Norme%20contro%20le%20discriminazioni%20e,e%20dall'identit%C3%A0%20di%20genere.).

contro le discriminazioni in generale, applicabile anche alle persone LGBTI, è stata adottata dalla Regione Puglia (L.R. n. 19/2006)⁷.

Di norma il personale ospedaliero è tenuto alla riservatezza e non può rivelare o diffondere a terzi informazioni riguardanti i pazienti ma regole particolari si applicano in caso di pazienti affetti da HIV o che si presume tali. Ai sensi dell'art. 5 della Legge n. 135/1990 le persone che si sottopongono al test hanno diritto all'anonimato e i risultati del test possono essere comunicati esclusivamente alla persona interessata⁸.

Con riguardo alla donazione del sangue, in passato alle persone omosessuali era vietato donare ma detto divieto è stato rimosso nel 2005 e sostituito con quello per coloro i quali hanno avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive oppure hanno avuto rapporti occasionali nei mesi precedenti alla donazione⁹. Né la nuova legge né il questionario anamnestico auto-somministrato fanno riferimento alle persone omosessuali, tuttavia, la nuova formulazione lascia spazio a interpretazioni discriminatorie; inoltre, sono stati segnalati casi in cui è stato impedito a uomini gay di donare una volta scoperto il loro orientamento sessuale.

Nel campo delle vaccinazioni, coloro i quali si ritiene abbiano comportamenti sessuali ad alto rischio di contrarre l'Epatite B, tra cui figurano le persone omosessuali, possono accedere gratuitamente alla vaccinazione¹⁰. In base al piano strategico regionale tale possibilità può comprendere anche la vaccinazione contro l'Epatite A. Alcuni trattamenti di base per le malattie sessualmente trasmesse (MTS) sono spesso fornite gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui una persona non sia soddisfatta delle cure ricevute in ospedale o fornite dal medico di base può presentare, almeno in prima istanza, una denuncia all'Ufficio Relazioni con

⁷ Legge Regionale n. 19 del 10 luglio 2006, in BU no. 87 del 12 luglio 2006, Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia.

(http://www.tribmin.bari.giustizia.it/allegati/legge_regionale_10_luglio_2006_n_19.pdf)

⁸ Legge n. 135 del 5 giugno 1990, in GU n. 132 dell'8 giugno 1990, Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.

⁹ Decreto del Ministero della Salute del 3 Marzo 2005, in GU n. 85 del 13 aprile 2005. All.1: Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti.

¹⁰ Legge n. 165 del 27 maggio 1991, in GU n. 127 del 1 giugno 1991, "Obbligatorietà della vaccinazione contro l'Epatite virale B" e "Vaccinazione per epatite B".

il Pubblico (URP) dello stesso ospedale o dell'azienda sanitaria competente che avvierà un'indagine formale. La legge prevede che la risposta debba essere data al richiedente entro 30 giorni dalla denuncia, ma il termine può essere esteso a 45 giorni nel caso in cui siano necessarie ulteriori indagini¹¹. Allo stesso tempo, l'Ufficio è obbligato a tenere aggiornato il paziente circa gli sviluppi del procedimento, a comunicare allo stesso la risposta all'esito dell'indagine e il provvedimento adottato.

In via alternativa, è possibile contattare il Tribunale del Malato, una rete nata dall'iniziativa dell'associazione Cittadinanzattiva nel 1980 allo scopo di proteggere e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali. Detto Tribunale non ha una funzione giurisdizionale ma essenzialmente informa i cittadini dei propri diritti offrendo servizi quali: aiuto e consulenza gratuita in caso di abusi o ingiustizie; monitoraggio permanente delle strutture per le quali si ricevono segnalazioni; interventi sulle strutture o sui servizi segnalati. Non essendo un vero giudice il Tribunale del Malato non può risolvere controversie né fornire assistenza legale, tuttavia, può rappresentare un valido supporto per conoscere i propri diritti prima di iniziare una causa avanti a un giudice.

Con la Legge n.164/1982 l'Italia ha riconosciuto la possibilità di ottenere gratuitamente la rettificazione del sesso anagrafico, sebbene la procedura sia incerta sia per quanto riguarda i requisiti per potervi accedere sia i passi intermedi¹². Nel 2011, a seguito di una modifica della predetta legge è stata introdotta una procedura che richiede più tempo ed è più costosa¹³. La legge non richiede, ai fini di poter ottenere la rettificazione, una modifica completa dei caratteri sessuali primari né la sterilizzazione. Tuttavia, per molto tempo la giurisprudenza ha imposto la sterilizzazione, anche se non corrispondeva alla volontà dell'interessato, come condizione per ottenere la rettificazione. Solo nel 2015, sia la Corte di Cassazione¹⁴ sia la Corte Costituzionale¹⁵

¹¹ Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 in GU n. 305 del 30 dicembre 1992, Riordino della disciplina della materia sanitaria.

¹² Legge n. 164 del 14 aprile 1982, in GU n. 106 del 19 aprile 1982, Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.

¹³ Cfr. Decreto Legislativo n. 150 del 1 settembre 2011, in GU n. 220 del 21 settembre 2011, in contrasto con l'obiettivo dichiarato di semplificazione della procedura.

¹⁴ Corte di Cassazione, 20 luglio 2015 n. 15138.

¹⁵ Corte Costituzionale, 5 novembre 2015 n. 221.

hanno rigettato tale interpretazione sottolineando che per la riassegnazione del genere, la chirurgia è solo una tra le possibili e diverse opzioni a disposizione dell'interessato.

Secondo il diritto italiano al momento della nascita è possibile attribuire soltanto il sesso maschile o femminile, quindi, non è consentito l'uso di un marcatore sessuale diverso dagli indicatori binari maschio/femmina uomo/donna, neppure in caso di genitali ambigui¹⁶. In generale, quando un bambino nasce con un pene che rientra nelle dimensioni prescritte viene registrato come maschio, altrimenti come femmina. Una volta cresciuta, una persona intersex può in ogni caso chiedere e ottenere una modifica del certificato di nascita utilizzando la suindicata legge riguardante la rettificazione anagrafica del sesso. D'altro canto non esiste una normativa volta a regolamentare gli interventi chirurgici sui minori intersex, ma solo un parere del Comitato Nazionale di Bioetica con il quale si raccomanda di rinviare gli interventi chirurgici non urgenti al fine di salvaguardare l'integrità fisica del bambino¹⁷.

Infine, con riguardo alla procreazione assistita, nel 2004¹⁸ il Parlamento ha emanato una legge molto restrittiva che è stata oggetto di numerose critiche. Dopo quindici anni e la pronuncia di incostituzionalità da parte del giudice delle leggi ben poco rimane di quella legge, salvo il divieto di accedere alle tecniche di riproduzione medicalmente assistita per le donne single e lesbiche¹⁹. Inoltre, in base alla stessa legge e indipendentemente dalle caratteristiche della richiedente, è vietata la maternità surrogata.

4. Ricerca, programmi e strategie

In Italia la ricerca sui bisogni sanitari delle persone LGBTI è piuttosto scarsa. Tra le poche strategie in atto vale la pena di menzionare il piano per l'applicazione e la diffusione della Legge sulla Medicina di Genere (ex art. 3 della L. n.3/2018) in cui viene fatto espresso riferimento all'orientamento sessuale quale parametro da tenere in considerazione nella

¹⁶ Decreto del Presidente della Repubblica, n. 396 del 30 novembre 2000, in GU n. 303 del 30 dicembre 2000, Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

¹⁷ Comitato Nazionale di Bioetica, CNB, I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici, opinione del 25 febbraio 2010. (<http://www.governo.it/bioetica/pareri.html>)

¹⁸ Legge n. 40 del 19 febbraio 2004, in GU del 24 febbraio 2004, Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.

¹⁹ Corte Costituzionale,, 23 ottobre 2019.

valutazione delle patologie e nella loro gestione, inoltre , un paragrafo specifico è dedicato al benessere delle persone trans e intersex.

Rispetto ad altri paesi europei, l'Italia è in ritardo nella ricerca sui bisogni sanitari delle persone LGBTI. Nessuna indagine nazionale, nel campo della salute, condotta in passato conteneva domande sull'orientamento sessuale, l'identità o l'espressione di genere e lo stato intersessuale degli intervistati. Anche nel programma statistico nazionale, che si svolge ogni 10 anni, le domande sull'identità sessuale sono state incluse solo nel 2011.

Di conseguenza, l'unica fonte pubblica di dati è rappresentata dai centri in cui vengono effettuati test per le malattie sessualmente trasmesse (MTS) che raccolgono dati anonimi sul genere e l'orientamento sessuale dei richiedenti, poi elaborati e resi pubblici annualmente dal Centro Operativo Aids (COA). Anche il contributo delle associazioni in questo settore è molto limitato. L'unico studio degno di nota è "MODI DI", promosso da Arcigay e Arcilesbica, i cui risultati saranno presentati successivamente nel report.

Tuttavia, le indagini condotte dall'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA) nel 2012²⁰ e nel 2019²¹ hanno evidenziato che le discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere in ambito sanitario sono piuttosto diffuse in Italia. Nel 2012, l'8% degli intervistati italiani si è sentito discriminato, a causa dell'orientamento sessuale/identità di genere, dal personale sanitario nei 12 mesi precedenti la ricerca, con una percentuale più alta per quanto riguarda le persone trans (12%). Nella stessa indagine, il 13% degli intervistati ha dichiarato di aver sperimentato una curiosità inappropriata nell'accesso o nel tentativo di accedere ai servizi sanitari, e più della metà degli intervistati (56%) ha dichiarato di non essere aperto con nessun medico/operatore sanitario riguardo all'essere LGBT. Nel 2019 è stata condotta un'indagine analoga che ha coinvolto, però, anche le persone intersex. Nel 2019 la percentuale di intervistati che si sono sentiti discriminati a causa dell'essere LGBTI è aumentata al 12%, con una percentuale significativamente più alta per le persone trans e intersex (27%). La curiosità inappropriata si conferma essere la principale difficoltà incontrata dalle persone LGBTI nell'accedere ai servizi sanitari, soprattutto per le persone trans (LGBTI: 12%; T: 20%).

²⁰ <https://data.europa.eu/euodp/it/data/dataset/survey-eu-lesbian-gay-bisexual-transgender>

²¹ <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>

In termini di strategie, nel 2017 il Ministero della Salute ha adottato il piano nazionale biennale di azione contro l'HIV e l'AIDS, come previsto dall'art. 1 della Legge n. 135/90. Il piano prevedeva lo sviluppo di strategie per le popolazioni chiave, tra cui sono ricomprese le persone trans e gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM)²². Nel 2019 è seguito un piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, come previsto dall'art. 3 della Legge n. 3/2018²³. Il documento stabilisce chiaramente che nella "valutazione delle patologie e nella loro gestione" dovranno essere considerati diversi parametri, tra cui l'orientamento sessuale, al fine di garantire la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, uno specifico paragrafo è dedicato al benessere delle persone trans e intersex che, sempre secondo il piano, pur condividendo molti dei bisogni di salute della popolazione generale, si ritiene presentino potenzialmente bisogni speciali. Particolare attenzione è dedicata allo stato intersessuale, la cui corretta "diagnosi" è riconosciuta come complessa, ma anche come necessaria per la corretta gestione dei pazienti e per il sostegno alle famiglie. Infine, si sottolinea come lo stato intersessuale costituisca un'importante opportunità per comprendere i processi che determinano l'identità sessuale e di genere²⁴. Nonostante le previsioni contenute, l'attuazione pratica del piano e l'impatto sulla salute delle persone LGBTI rimane ancora da verificare.

È altresì in corso di realizzazione un promettente studio denominato "Studio Popolazione Spot"²⁵: l'Ospedale Careggi dell'Università degli Studi di Firenze in Toscana, infatti, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, sta conducendo un'indagine volta a definire il numero di persone adulte trans al fine di identificare i loro bisogni di salute ottimizzando al contempo i servizi sanitari.

Nel giugno 2020, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), insieme con l'Ufficio Nazionale contro la discriminazione (UNAR), ha lanciato il portale "Infotrans"²⁶ che fornisce ai cittadini informazioni

²² Ministero della salute, Piano nazionale di interventi contro HIV and AIDS (PNAIDS), 2017. ([PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI CONTRO HIV e AIDS \(PNAIDS\)](#)).

²³ Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018, in GU n. 25 del 31 gennaio 2018.

²⁴ Ministero della salute, Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere (in attuazione dell'art.3, comma 1, Legge 3/2018). (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf).

²⁵ <http://www.studiopopolazionepot.it/spot>

²⁶ <https://www.infotrans.it/>

sanitarie e legali dedicate alle persone trans utilizzando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile. Oltre a una mappa dei servizi offerti alle persone trans divisi per regione, è contenuta nel sito una lista di buone pratiche per gli operatori sanitari. Queste pratiche prevedono, tra l'altro, l'uso di un linguaggio neutrale, la creazione di un ambiente favorevole alla persone trans, l'adozione di una prospettiva aperta sull'identità di genere al di là della tradizionale dicotomia maschio/femmina. Inoltre, si suggerisce di ricoverare, ove possibile, le persone trans in una camera singola per garantire loro privacy, e di utilizzare moduli contenenti opzioni di genere ulteriori oltre a maschio/femmina. Inoltre, è messa in evidenza la necessità di formare adeguatamente i professionisti della salute e di tenere conto delle esigenze sanitarie delle persone anziane trans.

Nell'ambito dell'attuazione della Legge n. 63/2004, la Regione Toscana ha avviato nel 2012 il progetto "Pazienti non previsti in Ospedale" volto a valutare l'atteggiamento degli operatori sanitari regionali nei confronti della popolazione lesbica, gay, bisessuale e trans presso gli ospedali. I dati sono stati utilizzati per delineare un'ulteriore, adeguata, specifica e mirata formazione per tutti i professionisti del settore sanitario. Un esempio di questo follow-up è il curriculum di formazione "Positivo scomodo" che mira ad eliminare la discriminazione subita dalle persone sieropositive nell'accesso ai servizi sanitari (Ardis 2007). Circa 1500 professionisti sanitari hanno beneficiato di questo percorso formativo volto ad accrescerne le competenze.

Ci sono anche esempi di buone pratiche a livello cittadino. Nel gennaio 2020 l'Ospedale di Napoli ha firmato un accordo di collaborazione con una associazione LGBTI locale per diffondere, attraverso eventi, seminari scientifici e campagne di sensibilizzazione, la cultura della prevenzione e della conoscenza dell'HIV, a partire dall'effettuazione di test HIV rapidi per le persone a più alto rischio di contrarre l'infezione. Un'iniziativa analoga è stata intrapresa dagli Ospedali della città di Bologna con particolare riferimento alla procedura di riassegnazione di genere.

5. Supporto e servizi per i pazienti LGBTI

Il Servizio Sanitario Nazionale non offre servizi specifici rivolti alle persone LGBTI né a livello nazionale né a livello regionale. Tuttavia, le organizzazioni non governative svolgono un ruolo importante nel promuovere e supportare la salute delle persone LGBTI, specialmente per quelle trans.

In linea di massima non vi sono servizi del Servizio Sanitario Nazionale rivolti espressamente alle persone LGBTI, né a livello nazionale né a livello regionale.

Per quanto riguarda le persone trans, un ruolo importante nel sostenere e promuovere la loro salute è svolto da due organizzazioni non profit con cui collaborano alcuni centri medici che si occupano di pazienti trans: l'ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere) e il MIT (Movimento Identità Trans).

La prima, l'ONIG, è un'associazione che mira a incrementare la conoscenza delle questioni di genere a livello scientifico e sociale. Inoltre, si propone di elaborare delle linee guida per l'intervento medico, chirurgico, psicologico e legale al fine di garantire servizi di alta qualità alle persone che intraprendono percorsi di affermazione di genere. Le linee guida sviluppate dall'ONIG sui percorsi di affermazione di genere nelle persone transgender e gender non-conforming, attualmente in fase di revisione, si basano sugli standard internazionali WPATH (*World Professional Association for trans Health*) e APA (*American Psychological Association*) a cui hanno dichiarato di fare riferimento alcuni dei professionisti intervistati per il progetto Open Doors²⁷. Le linee guida dell'ONIG stabiliscono chiaramente che il rapporto tra professionista sanitario e paziente/cliente deve essere costruito sulla fiducia in modo da consentire un scambio reciproco di informazioni corretto ed esauriente, nel pieno rispetto dell'autodeterminazione della persona e della responsabilità del professionista. A questo scopo, sempre secondo le linee guida, è eticamente corretto utilizzare nella pratica clinica una prospettiva depatologizzante, cioè un'offerta di assistenza rispettosa, consapevole e di sostegno alle identità e alle esperienze di vita delle persone trans e gender non-conforming²⁸.

La seconda, il MIT, è un'organizzazione non-profit che difende e sostiene i diritti delle persone trans fornendo loro assistenza e supporto qualificato nella transizione e nei trattamenti di

²⁷ The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 2012. "Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People". (https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care_V7%20Full%20Book_English.pdf); American Psychological Association (APA) 2015, "Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People". (<https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>)

²⁸ Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), "Standard sui percorsi di affermazione di genere nell'ambito della presa in carico delle persone trans e gender nonconforming (TGNC)". (<http://www.onig.it/node/19>)

affermazione del genere. Dal 1994, di concerto con il sistema sanitario e la Regione Emilia Romagna, il MIT mette a disposizione delle persone trans un consultorio sanitario²⁹.

Inoltre, la Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS) riconosce ai centri che si occupano di disforia/incongruenza di genere la possibilità di ottenere un accreditamento a condizione che siano soddisfatti alcuni requisiti atti a garantire un servizio di alta qualità. Per ottenere l'accreditamento il centro deve assicurare, tra l'altro, la presenza di una équipe di lavoro multidisciplinare (composta almeno da : 1 endocrinologo, 1 psicologo, 1 psicoterapeuta, 1 psichiatra, 1 urologo, 1 chirurgo plastico, 1 ginecologo, oltre ad uno specialista in bioetica e neuropsichiatra infantile in caso di accreditamento per l'età evolutiva); un numero minimo di pazienti/clienti nei dodici mesi precedenti l'accreditamento; competenza chirurgica comprovata dall'esecuzione di almeno 10 interventi chirurgici di affermazione di genere nei 12 mesi precedenti l'eventuale accreditamento; comprovata esperienza clinica e scientifica (dimostrata attraverso pubblicazioni scientifiche) in materia di salute delle persone trans; comprovato coinvolgimento attivo in associazioni scientifiche nazionali/internazionali dedicate alla salute delle persone trans in tutte le fasce d'età (adulto e bambino)³⁰.

La concessione di questa sorta di "semaforo verde" sarà utile per i pazienti che vogliono intraprendere un trattamento di affermazione di genere, tuttavia, il numero di centri in grado di seguire le persone trans per tutte le fasi del percorso di transizione è limitato e non ben distribuito sul territorio nazionale³¹; quindi, vivere in una regione piuttosto che in un'altra per una persona trans può fare la differenza in termini di facilità di accesso alle cure e di costi da sostenere (Posteraro 2016).

Un altro aspetto non trascurabile riguarda la possibilità di accedere alle terapie ormonali: solo alcune regioni erogano questi farmaci gratuitamente, creando disuguaglianze a livello nazionale. Inoltre, secondo l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) la prescrizione di testosterone è riservata a endocrinologi, andrologi e urologi; questo crea una differenziazione tra le donne,

²⁹ Movimento Identità Transessuale (MIT): <http://www.mit-italia.it>

³⁰ Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS): <http://www.siams.info/wp-content/uploads/2019/12/Regolamento-per-laccreditamento-dei-Centri-SIAMS-con-IG-definitivo-2.pdf>

³¹ Sul sito dell'ONIG è possibile trovare l'elenco dei centri italiani che si occupano di incongruenza di genere con indicazione dei servizi offerti dagli stessi.

alle quali gli estrogeni possono essere prescritti dal medico di base, e gli uomini che sono obbligati a richiedere una visita specialistica (Pierdominici 2019).

Le associazioni LGBTI, seppur in modo discontinuo e con risorse limitate, hanno realizzato interventi di promozione della salute quasi esclusivamente legati alla prevenzione dell'HIV e delle MST. Alcune di queste associazioni lavorano in collaborazione con le istituzioni come centri *community-based* dove le persone possono ottenere informazioni sull'HIV e sulla profilassi pre-esposizione (di seguito PrEP), nonché accedere gratuitamente ai test per l'HIV, l'HCV e talvolta per altre malattie sessualmente trasmissibili. La necessità di incoraggiare la diffusione di programmi o servizi *community-based* che offrono consulenza e test HIV su base volontaria, al di fuori delle strutture sanitarie, è evidenziata anche dal piano nazionale per le azioni contro l'HIV e l'AIDS come una delle strategie da adottare al fine di raggiungere la popolazione target³².

Tra le diverse associazioni non profit LGBTI, AMIGAY merita una menzione speciale. Essa è impegnata a promuovere i diritti sanitari delle persone LGBTI e i diritti degli operatori sanitari LGBTI: le iniziative di questa associazione comprendono corsi di formazione sul "sex orienteering" e sulla "medicina di genere LGBTI"³³.

Per quanto riguarda i servizi, non esistono linee guida specifiche per le persone LGBTI. Tuttavia le "Linee guida italiane sull'uso dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV" fanno riferimento agli MSM e alle donne trans come persone che potrebbero beneficiare della profilassi pre-esposizione (PrEP) perché a sostanziale rischio di contrarre l'infezione da HIV; in queste linee guida si raccomanda l'adozione di un atteggiamento aperto e non giudicante per garantire l'adesione dei pazienti, elemento essenziale per il successo della PrEP³⁴.

Secondo il sito ufficiale del Ministero della Salute, chi desidera utilizzare la PrEP come metodo di prevenzione dell'HIV deve recarsi presso un centro di malattie infettive, effettuare alcuni test

³² vedi supra, PNAIDS.

³³AMIGAY: [Home | AMIGAY](#)

³⁴ Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) e Ministero della Salute, 2017. Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2696_allegato.pdf).

(compreso un test HIV) e ottenere una prescrizione da uno specialista in malattie infettive, il quale deve informare il paziente che la PrEP non previene da altre malattie sessualmente trasmesse. In Italia, attualmente, il costo della PrEP è a carico dell'interessato.

Sempre secondo il sito del Ministero della Salute, in caso di esposizione al rischio e nel tentativo di evitare una possibile infezione da HIV, si raccomanda la profilassi post-esposizione (PEP) il più presto possibile, senza superare le 48 ore. Il pronto soccorso dei grandi ospedali o dei reparti di malattie infettive è il luogo dove recarsi per ottenere la PEP che viene prescritta, dopo un colloquio con il medico³⁵. A differenza della PrEP, la PEP viene fornita gratuitamente.

Nel novembre 2019 la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), insieme con la Conferenza Italiana sull'AIDS e la Ricerca Antivirale (ICAR) e coinvolgendo le principali associazioni LGBTI, ha promosso una Conferenza di Consenso chiamata UequalsU. Nel documento, prodotto dopo la Conferenza di Consenso, sono state riviste le ampie evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia della terapia antiretrovirale nella prevenzione della trasmissione dell'infezione da HIV (riassunta nella sigla U=U che significa *undetectable=untransmittable*) da parte di persone che hanno raggiunto la soppressione virologica e, sulla base di queste evidenze, è stato elaborato un elenco di raccomandazioni per la comunità scientifica italiana, in particolare per gli specialisti in malattie infettive³⁶.

Ad oggi non esistono servizi o linee guida specifiche per le persone intersex, ad eccezione del parere del CNB cui si è fatto riferimento nella sezione dedicata all'inquadramento normativo. Tuttavia, vale la pena ricordare che l'Avvocatura per i Diritti LGBTI-Rete Lenford - una rete di avvocati, professionisti, studiosi che si occupano di tematiche LGBTI - in collaborazione con Intersexioni, un'organizzazione non-profit per la divulgazione scientifica delle tematiche dell'intersessualità e la difesa dei diritti delle persone intersex, sta sviluppando delle linee guida da sottoporre alle autorità sanitarie al fine di regolamentare e porre fine agli interventi di normalizzazione intrapresi sulle persone intersex³⁷.

³⁵Ministero della Salute, FAQ - HIV e AIDS.
(<http://www.salute.gov.it/portale/hiv/dettaglioFaqHIV.jsp?lingua=italiano&id=221>)

³⁶ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2903_allegato.pdf

³⁷ <https://www.retelenford.it/temi/intersex/>

6. Professionisti sanitari e sviluppo delle competenze

I risultati dell'indagine online condotta all'interno del progetto Open Doors mostrano un atteggiamento piuttosto positivo dei partecipanti nei confronti delle persone LGBTI e, in media, una discreta conoscenza delle questioni riguardanti la salute delle persone LGBTI. Tuttavia, la formazione dei professionisti sanitari, attuali e futuri, sulle tematiche relative alle persone LGBTI e alla loro salute è alquanto scarsa: per tale ragione si rende necessario un adeguato training a partire dalla terminologia e dal linguaggio inclusivo.

Nell'ambito del progetto Open Doors sono state condotte 10 interviste strutturate a professionisti ed esperti che a vario titolo si occupano di salute delle persone LGBTI ed è altresì stata condotta un'indagine on line, tramite somministrazione di un questionario, rivolta sia a professionisti sanitari (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali) che lavorano attualmente in ambito sanitario, sia a studenti attualmente iscritti a un'università o ad un altro istituto di formazione nel campo della sanità. Oltre ad alcune domande preliminari riguardanti il background professionale e/o formativo dei partecipanti e ad alcune domande finali per la raccolta dei dati demografici, l'indagine mirava ad indagare le conoscenze, gli atteggiamenti, l'esperienza, le pratiche, nonché le esigenze formative degli intervistati. Dei 188 intervistati che hanno partecipato all'indagine, solo 132 hanno completato l'intero questionario.

Se non diversamente specificato, le percentuali riportate di seguito per ogni aspetto oggetto di indagine si riferiscono al campione che ha risposto effettivamente alle domande, pertanto il numero di coloro che hanno risposto può variare da una sezione/domanda all'altra.

In alcuni casi, i risultati del questionario Open Doors saranno confrontati con quelli di altre due ricerche cui si è fatto riferimento in precedenza: la prima, "MODI DI", un'indagine nazionale sulle condizioni di salute, i comportamenti protettivi e la percezione del rischio HIV nella popolazione omosessuale, realizzata nel 2006 e promossa da Arcigay e Arcilesbica con il sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità (Lelleri 2006); la seconda, "Pazienti non previsti in ospedale", un'indagine locale volta a indagare gli atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti della

popolazione LGBTI condotta nel 2012 dal Servizio Sanitario della Toscana in collaborazione con la Regione Toscana³⁸.

Nella sezione seguente oltre ai risultati del questionario online saranno riportate le opinioni dei professionisti sanitari e degli esperti intervistati sempre nell'ambito del progetto Open Doors.

6.1 Conoscenza

Ai partecipanti sono state poste una serie di domande divise in due gruppi al fine di determinare il loro livello di conoscenza della terminologia LGBTI e delle questioni relative alla salute delle persone LGBTI.

In particolare, nel primo gruppo di domande a scelta multipla riguardanti la terminologia LGBTI gli intervistati hanno dovuto completare una data affermazione scegliendo tra tre possibili opzioni (ad esempio, Maria è una donna trans significa "Maria si identifica come donna: la sua identità di genere è femminile". Tuttavia, alla nascita il sesso a lei assegnato era maschile"). "Non lo so" era una possibile opzione.

I risultati mostrano che la percentuale di intervistati che hanno scelto la risposta giusta varia in modo significativo da una domanda all'altra. Dei 163 intervistati che hanno risposto alle 4 domande di questa sezione la percentuale di coloro che hanno risposto correttamente varia dal 95% con riguardo all'affermazione "Pietro è bisessuale" al 37% per "Laura è intersessuale", mentre la percentuale di risposte corrette è rispettivamente del 75% per la domanda sul significato dei termini "orientamento sessuale", "identità di genere" e "caratteri sessuali" e dell'80% per quella relativa al significato dell'affermazione "Maria è una donna trans". La condizione intersessuale è la meno conosciuta con un alto tasso di intervistati che dichiarano esplicitamente la loro ignoranza (28%).

Prima di poter accedere al secondo sottogruppo di domande sulla conoscenza, agli intervistati è stato fornito un breve glossario della terminologia LGBTI; in seguito, è stato chiesto loro di

³⁸ Sei ospedali della Regione Toscana sono stati coinvolti in questa indagine: sono stati distribuiti 3763 questionari, 1325 sono stati restituiti compilati e di questi 1200 sono stati considerati validi. (<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Pazienti%20non%20previsti%20in%20ospedale/2d11ef1-d06d-4dcd-8dde-aa2a50cddbab>).

indicare se una serie di affermazioni relative alla salute (5 domande) e ai diritti (2 domande) delle persone LGBTI fossero "vere" o "false". "Non lo so" era un'ulteriore opzione di risposta.

Delle 163 persone che hanno risposto alla precedente sezione sulla conoscenza 9 hanno abbandonato il questionario a questo punto, quindi, 154 persone hanno compilato questa parte. La grande maggioranza degli intervistati (84%) hanno dimostrato di sapere che "il rischio di suicidio tra i giovani LGBTI è maggiore che tra i giovani eterosessuali cisgender". Circa due terzi dei partecipanti sono consapevoli del fatto che "il carcinoma mammario può ancora verificarsi dopo un intervento chirurgico riduttivo bilaterale in coloro che sono in transizione da femmina a maschio" (69%) e che "le persone con l'HIV in trattamento antiretrovirale non sono più in grado di trasmettere l'infezione se la carica virale non è rilevabile" (63%), mentre una lieve maggioranza è consapevole del fatto che in Italia è possibile per una persona cambiare legalmente nome e sesso nei documenti ufficiali (57%). Il livello più basso di conoscenza è stato registrato relativamente all'affermazione che "le lesbiche hanno maggiore probabilità di soffrire di obesità rispetto alle donne eterosessuali" dove solo il 12% ha risposto correttamente, il 33% ha risposto che non lo sapeva e il 55% ha scelto la risposta sbagliata.

Malgrado quest'ultima domanda sull'obesità e quella sulla condizione intersessuale, il quadro che emerge dai risultati dell'indagine online sembra più rassicurante rispetto alle opinioni espresse dai professionisti sanitari e dagli esperti durante le interviste. In quella sede, infatti, tutte le persone intervistate tranne una - in base alla loro esperienza con gli studenti, alle discussioni con colleghi e alle opinioni dei colleghi e dei pazienti LGBTI - hanno riferito una generale mancanza di conoscenza, delle tematiche sopra evidenziate, da parte dei professionisti sanitari a partire dalla confusione e dalla poco chiara comprensione della differenza tra orientamento sessuale e identità di genere.

Ad esempio, uno dei professionisti intervistati ha messo in evidenza che:

"In media i professionisti sanitari non sono preparati a trattare con i pazienti LGBTI e questo è in parte dovuto alla riluttanza ad affrontare questioni riguardanti la sessualità. Ciò dipende anche dal fatto che nelle nostre università viene dato poco spazio alla medicina della sessualità, raramente oggetto di insegnamento".

Inoltre, ha fatto notare come tale mancanza di conoscenza e formazione possa portare a situazioni assurde:

“Una volta sono stato chiamato urgentemente da un collega perchè una donna trans era stata ricoverata nel reparto di neurologia. Nonostante che il ricovero dipendesse esclusivamente dal problema neurologico e non avesse nulla a che vedere con la condizione di transessualità della paziente, il collega era in preda al panico e non sapeva come comportarsi.” - andrologo, Brescia

Anche i risultati dell'indagine "Pazienti non previsti" mostrano un quadro peggiore rispetto ai risultati del questionario Open Doors. Due delle domande contenute in quella ricerca miravano ad approfondire la conoscenza dei termini "omosessuale" e "transessuale" da parte degli operatori sanitari: per entrambe le domande solo una leggera maggioranza ha dato la risposta corretta. In particolare, mentre il 54% degli intervistati ha indicato l'omosessualità come una "variazione naturale della sessualità umana", secondo la definizione dell'OMS, il 13% degli intervistati ha scelto come opzione di risposta "una condizione patologica della sessualità umana" e il 2% "un'anomalia genetica recessiva", rivelando non solo una mancanza di conoscenza ma anche forte stigma e pregiudizio nei confronti delle persone LG. Per quanto riguarda il significato di "transessuale", solo il 51% degli intervistati ha scelto la risposta corretta tra le diverse opzioni .

Una spiegazione del maggiore livello di conoscenza espressa dai partecipanti all'indagine Open Doors potrebbe essere che questi erano in media più interessati alle tematiche LGBTI e per tale ragione maggiormente informati. Questa conclusione sembra supportata da alcuni commenti lasciati alla fine del questionario.

6.2 Atteggiamento

Ai partecipanti all'indagine OpenDoors è stato chiesto di indicare se erano d'accordo o meno con una serie di affermazioni per valutare il loro atteggiamento nei confronti delle persone LGBTI. Gli intervistati sono stati invitati a fornire risposte su una scala da 1 a 5, dove 1 indica il totale disaccordo e 5 il totale accordo. "Non lo so" era una possibile opzione di risposta .

Alla domanda se le persone LGBTI debbano avere gli stessi diritti di qualsiasi altro membro della società, il 95% degli intervistati si è dichiarato d'accordo o fortemente d'accordo con questa affermazione, mentre il 92% degli intervistati si è dichiarato d'accordo o fortemente d'accordo sull'importanza di creare un ambiente inclusivo per i pazienti o i clienti LGBTI.

Alla domanda se si sentirebbero a disagio a trattare con un paziente LGBTI, quasi tutti gli intervistati si sono dichiarati in disaccordo o in forte disaccordo con l'affermazione con una leggera differenza a seconda che il paziente/cliente sia LGB (96%) trans (95%) o intersex (93%).

Allo stesso modo quasi tutti i partecipanti (94%) all'indagine "Pazienti non previsti" hanno dichiarato di non aver mai provato alcun disagio nel prendersi cura di un paziente "omosessuale".

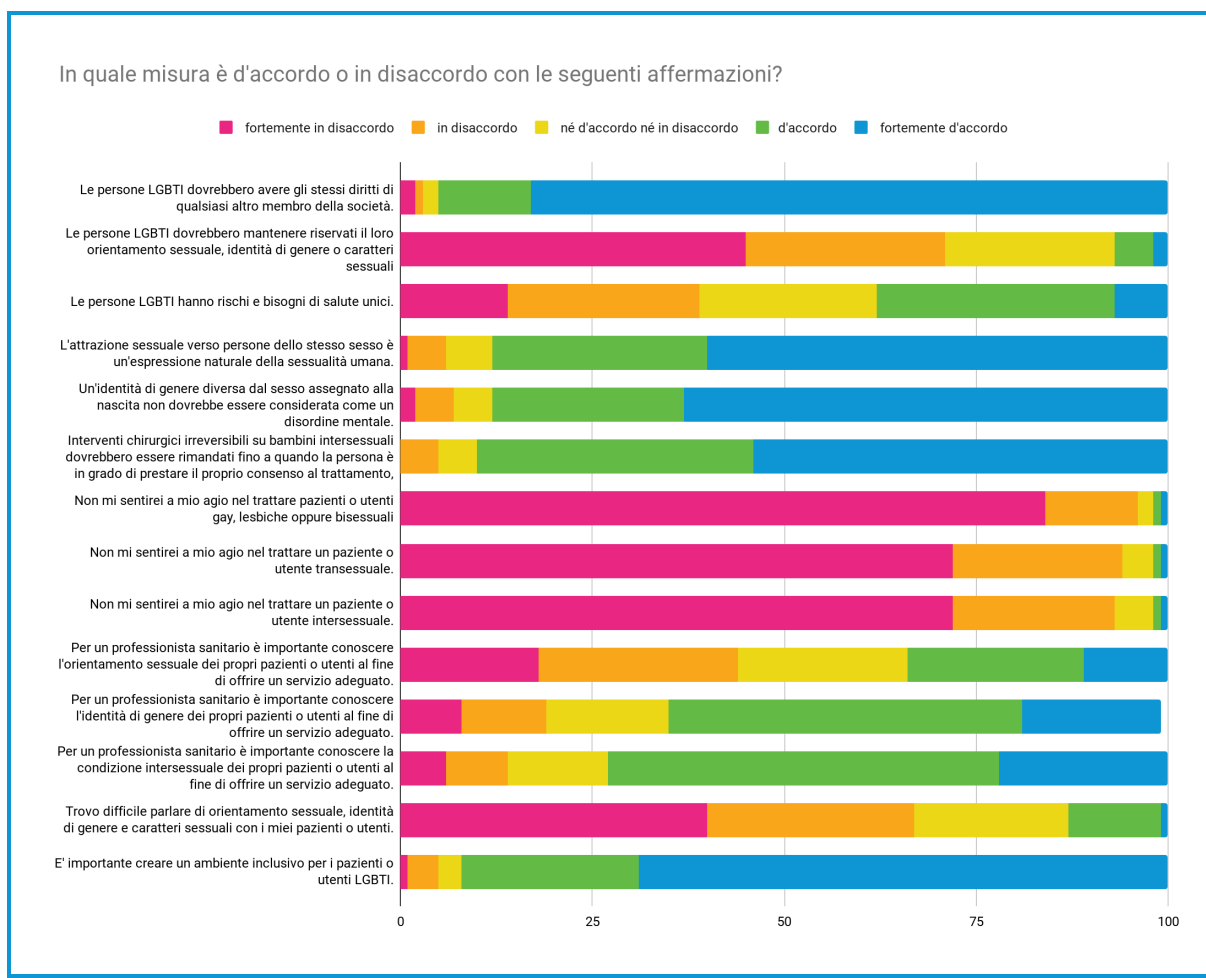
Più di due terzi degli intervistati (71%) sono in disaccordo o fortemente in disaccordo con l'affermazione che le persone LGBTI dovrebbero mantenere riservati il loro orientamento sessuale, l'identità di genere o i caratteri sessuali; tuttavia, quando è stato chiesto quanto fosse importante per i professionisti sanitari conoscere tali aspetti per fornire ai pazienti servizi appropriati, gli intervistati sono stati significativamente più propensi a concordare sull'importanza di conoscere lo stato intersessuale dei pazienti o dei clienti (74%) rispetto alla loro identità di genere (64%) e soprattutto al loro orientamento sessuale (44%).

La ragione non sembra risiedere nella possibile difficoltà di indagare su tali aspetti: infatti, quando è stato chiesto ai partecipanti se avrebbero avuto difficoltà a parlare di orientamento sessuale, identità di genere e/o caratteri sessuali con i propri pazienti o clienti, solo il 13% si è dichiarato d'accordo o fortemente d'accordo con l'affermazione.

I risultati di questa sezione dell'indagine Open Doors sembrano suggerire che, sebbene la grande maggioranza dei partecipanti concorda sul fatto che le persone dovrebbero essere libere di esprimere pubblicamente il proprio orientamento sessuale, e si sente a proprio agio nel parlare dell'orientamento sessuale di un paziente, non ritiene sia così rilevante saperlo a fini medici e sanitari.

I risultati del questionario Open Doors sull'atteggiamento dei partecipanti verso le persone LGBTI sono mostrati nel Grafico 1 qui sotto:

Grafico 1 - Atteggiamento nei confronti delle persone LGBTI



La percepita irrilevanza dell'orientamento sessuale ai fini medico-sanitari emerge anche dall'indagine "Pazienti non previsti" dove è stato chiesto ai professionisti sanitari di esprimere il proprio parere sull'opportunità di chiedere l'orientamento sessuale al paziente e, allo stesso tempo, di spiegare le ragioni (campo aperto) della scelta.

Meno di 1 intervistato su 10 riteneva opportuno chiedere l'orientamento sessuale dei pazienti e le motivazioni rientrano essenzialmente in tre categorie: "indagare su possibili MST" (47%), "definire la diagnosi" (42%), "fornire consulenza psicologica" (11%).

D'altra parte, le ragioni a favore del non chiedere, indicate dalla grande maggioranza degli intervistati (93%) che non ritenevano opportuno porre domande sull'orientamento sessuale, possono essere raggruppate in cinque categorie: "non rilevante ai fini diagnostici e di cura" (44%), "per rispetto della privacy" (29%), "non mi riguarda" (18%), "scelta personale da rispettare" (6%), "solo se utile ai fini diagnostici e di servizio" (3%). È interessante notare che il motivo principale per non chiedere sembra basato sul presupposto che non vi sia correlazione tra orientamento sessuale e bisogni di salute.

Anche se l'indagine nazionale "MODI DI" non era rivolta ai professionisti ma alle persone LGB, per indagare sulle loro condizioni di salute, considerato che alcune delle domande riguardavano il rapporto medico-paziente sembra utile farvi riferimento in questa sede per vedere il punto di vista dei pazienti. In quella indagine è stato chiesto agli intervistati se avevano rivelato la loro omosessualità al loro medico di famiglia e, in caso affermativo, se avevano notato un cambiamento nel rapporto con il medico di famiglia. Il campione è stato diviso in due gruppi: il primo denominato MSM, che comprendeva anche uomini gay e bisessuali, e il secondo denominato FSF, che comprendeva anche donne lesbiche e bisessuali. Più di due terzi di coloro che hanno risposto per entrambi i gruppi hanno dichiarato che non vi è stato alcun disvelamento dell'orientamento sessuale con il medico di base (MSM:69%; FSF: 80%). Tra i partecipanti appartenenti al gruppo MSM che hanno fatto coming out, meno di 2 su 10 hanno dichiarato che la rivelazione ha portato a un miglioramento del rapporto (14%), mentre secondo una larga maggioranza degli intervistati nulla è cambiato (81%). Al contrario, quando ai partecipanti è stato chiesto se hanno rivelato il loro orientamento sessuale allo psicologo/psicoterapeuta, nel caso lo avessero, quasi 8 su 10 hanno risposto di sì (MSM: 78%; FSF: 78%) e poco meno di due terzi (MSM:64%; FSF:64%) hanno considerato l'atteggiamento dello psicologo/psicoterapeuta nei confronti dell'omosessualità come positivo. Appare significativo che anche in un contesto in cui è molto importante raccontare di sé, come nel rapporto con uno psicologo, più del 20% ha dichiarato di non svelare il proprio orientamento sessuale.

Infine, alla domanda se erano d'accordo o meno con l'affermazione "Ho paura di ricevere un trattamento peggiore a causa del mio orientamento sessuale quando mi rivolgo a medici e infermieri", più di 3 intervistati su 10 si sono dichiarati d'accordo o fortemente d'accordo (MSM: 32%; FSF: 35%). La paura della discriminazione potrebbe essere uno dei motivi che impediscono ai pazienti di fare coming out.

I risultati della nostra indagine sull'importanza di conoscere l'orientamento sessuale dei pazienti appaiono in linea con le opinioni raccolte dai professionisti della salute e dagli esperti intervistati. Secondo la maggioranza degli intervistati conoscere l'identità di genere, soprattutto quando una persona ha intrapreso un percorso di transizione, così come lo stato intersessuale di un paziente o di un cliente è ritenuto di grande importanza per fornire assistenza e cure adeguate; ciò in contrapposizione all'orientamento sessuale spesso considerato come strettamente attinente alla dimensione intima e privata di un individuo e per questo motivo trascurato, se non a fini di prevenzione.

"Credo sia importante conoscere le caratteristiche fisiche, la persona intesa come corpo. Non credo invece che ciò sia vero per l'orientamento sessuale che riguarda la sfera personale." - Responsabile della ricerca medica in una fondazione, Milano

"Sicuramente è importante sapere se il/la paziente è trans, ad esempio ai fini dello screening per alcune tipologie di tumore (MtF possono aver bisogno di screening alla prostata così come FTM potrebbero necessitare di pap test o mammografia). In termini più generali credo che le persone LGBTI abbiano bisogno di uno staff più sensibile capace di abbracciare la diversità; per le persone trans la maggiore fragilità e lo stress possono portare ad adottare comportamenti a rischio, anche per scarsa accettazione sociale; conoscere il loro orientamento sessuale non è così rilevante." - androloga, Florence

Tuttavia, alcuni intervistati hanno sottolineato l'importanza di conoscere l'orientamento sessuale dei pazienti al fine di prendere in considerazione l'eventuale *minority stress* e di meglio

comprendere i pazienti, ciò come prerequisito per fornire loro l'assistenza e le cure più appropriate.

“Credo sia importante per meglio conoscere i miei pazienti: ho bisogno di sapere della vita dei pazienti per poter offrire loro una cura personalizzata e che sia la più appropriata - Solitamente non pongo domande esplicite sull'orientamento sessuale ma se ho bisogno di saperlo provo con domande indirette (vive con qualcuno? ha un partner? etc.)” - ortopedica, Brescia

Una delle persone intervistate ha sottolineato un aspetto interessante:

“sarebbe importante [conoscere l'orientamento sessuale del paziente] ma il problema è come. Potrebbe essere utile ai fini diagnostici ma l'approccio è spesso basato su pregiudizi e stereotipi (equazione uomo gay = HIV). È altresì problematico dal punto di vista giuridico poiché l'orientamenti sessuale rientra tra i dati sensibili” - ricercatrice in diritto, Bergamo

6.3 Esperienza e prassi

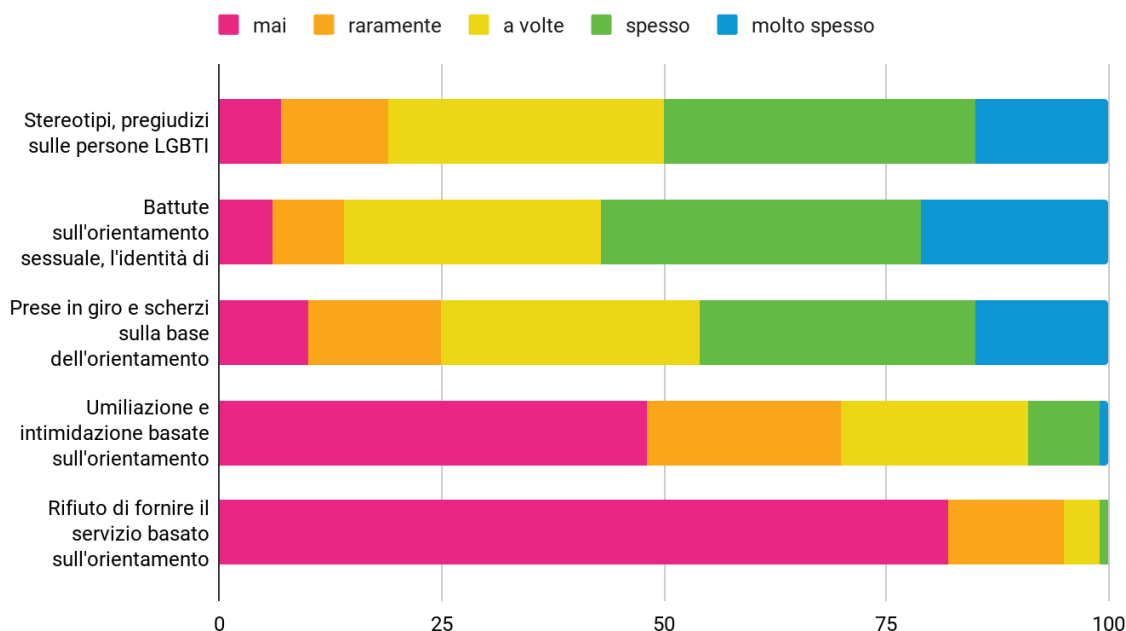
Dei 188 intervistati che hanno superato lo screening iniziale, 146 hanno completato questa sezione riguardante l'esperienza e la pratica con pazienti o clienti LGBTI.

Quando è stato chiesto ai partecipanti con quale frequenza avevano pazienti o clienti apertamente LGBTI solo meno di 1 su 10 ha risposto spesso o molto spesso, il 23% a volte, il 20% raramente, il 23% mai e il 27% non lo sapeva. I risultati sembrano, quindi, suggerire che l'esperienza dei partecipanti sia piuttosto limitata.

Successivamente sono state presentate una serie di situazioni discriminatorie verso le persone LGBTI ed è stato chiesto ai partecipanti di indicare la frequenza con cui avevano vissuto o assistito ad una di esse durante gli studi o al lavoro.

Grafico 2 - Esperienza di discriminazione nei confronti di persone LGBTI

Quanto spesso ha sperimentato o assistito ad una delle situazioni che seguono durante i suoi studi oppure al lavoro?



La maggior parte degli intervistati ha sperimentato o sentito spesso / molto spesso "battute fatte sull'orientamento sessuale (percepito o reale) di qualcuno, sull'identità di genere o sui caratteri sessuali" (57%). Gli "stereotipi, i pregiudizi sulle persone LGBTI" e le "prese in giro e le battute basate sull'orientamento sessuale, l'identità di genere o i caratteri sessuali" sono stati spesso/molto spesso vissuti o sentiti da più della metà degli intervistati, rispettivamente dal 50% e dal 47%, mentre "l'umiliazione e l'intimidazione basate sull'orientamento sessuale, l'identità di genere o i caratteri sessuali" sono state vissute o sentite molto spesso dall'1% degli intervistati, spesso dal 9%, a volte dal 21%, raramente dal 22% e mai dal 48%.

La quasi totalità degli intervistati non ha mai (81%) o raramente (13%) sperimentato o sentito rifiutare un servizio a causa dell'orientamento sessuale, l'identità di genere o i caratteri sessuali. Va notato che una condotta grave come il rifiuto di prestare servizio sarebbe in violazione della Costituzione italiana e dei principi che regolano il Sistema Sanitario Nazionale e gli operatori sanitari rischierebbero sia di incorrere in provvedimenti disciplinari che in azioni legali.

E' stato poi chiesto ai partecipanti di indicare la probabilità con la quale chiedevano informazioni sull'orientamento sessuale, l'identità di genere e i caratteri sessuali di un nuovo paziente con sei possibili opzioni di risposta (altamente improbabile, improbabile, né probabile né improbabile, né probabile né improbabile, probabile, altamente probabile e non lo so).

Meno di 2 intervistati su 10 è probabile che chiedano informazioni sull'orientamento sessuale di un nuovo paziente/cliente (16%) rispetto al 26% per l'identità di genere e al 34% per i caratteri sessuali. Questi risultati sembrano essere coerenti con quelli della sezione precedente relativa all'atteggiamento in cui l'orientamento sessuale era considerato meno importante dell'identità di genere e delle caratteri sessuali a fini medici.

Le ultime domande di questa sezione erano volte ad indagare la probabilità per i partecipanti di usare un linguaggio neutro con i pazienti e di rivolgersi agli stessi utilizzando il nome o il genere preferito anche se diverso da quanto indicato nei documenti. Quasi 7 partecipanti su 10 hanno dichiarato di utilizzare il nome e il genere preferiti dai pazienti (altamente probabile: 48%; probabile: 29%), mentre si sono dichiarati leggermente meno propensi a utilizzare un linguaggio neutro nel raccogliere informazioni sui rapporti familiari dei pazienti (altamente probabile: 33%; probabile: 42%).

6.4 Formazione

In Italia l'istruzione, così come la sanità, è uno dei settori di competenza condivisa tra lo Stato e le Regioni; pertanto, da un lato sia il governo centrale che gli enti locali emanano disposizioni che disciplinano l'apprendimento universitario e post universitario, dall'altro, nonostante le regole comuni stabilite dallo Stato disposizioni locali possano variare da una regione all'altra. Inoltre, il sistema italiano di istruzione e formazione è organizzato secondo i principi di sussidiarietà e di autonomia degli istituti di formazione, per cui ogni università ha un certo grado di libertà nell'organizzazione della propria offerta formativa.

Per quanto riguarda i contenuti dei curricula accademici delle professioni sanitarie, questi sono stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 270/2004 dove gli obiettivi di apprendimento e l'elenco dei

corsi da coprire sono forniti distinguendo tre le diverse classi di laurea (medicina e chirurgia; scienze infermieristiche; psicologia, etc.)³⁹.

Per ottenere un diploma di laurea gli studenti devono conseguire un certo numero di crediti formativi: la maggior parte dei corsi sono obbligatori e il loro contenuto è uguale o molto simile per tutte le facoltà/dipartimenti esistenti sul territorio nazionale. Vi sono altresì corsi opzionali che completano il curriculum, il cui contenuto è deciso autonomamente a livello universitario. A livello statale non vi è alcun riferimento alla popolazione LGBTI e/o ai suoi bisogni sanitari né negli obiettivi specifici di apprendimento né in corsi appositi; tuttavia, non si può escludere che argomenti riguardanti la salute delle persone LGBTI possano essere inclusi come parte di un corso "etichettato" con un nome diverso oppure trattati come un corso facoltativo (ad esempio "Disuguaglianze di salute e accesso alle cure sanitarie per le persone LGBTI", Università degli Studi di Verona).

Anche se non in maniera continuativa e diffusa su tutto il territorio nazionale, abbiamo trovato alcune iniziative formative riguardanti la salute delle persone LGBTI che meritano di essere menzionate: l'Università di Firenze offre un master di primo livello in tema di "Incongruenza di genere nelle diverse fasi di sviluppo" attualmente in corso, mentre l'Ospedale di Ferrara dal 2019 ha inserito il tema dei bambini *gender variant* nel corso di formazione triennale per i nuovi medici di medicina generale (Signani 2019).

Gli operatori sanitari hanno l'obbligo deontologico, sancito dal Codice Etico, di acquisire nuove conoscenze e competenze e di trasferirle nella pratica al fine di fornire assistenza di buona qualità. Secondo l'Art. 16 quater del Decreto Legislativo n. 502/92, la partecipazione all'apprendimento permanente è un prerequisito per lo svolgimento di attività professionali sanitarie sia nel settore pubblico che in quello privato. Gli obiettivi formativi e i requisiti per ottenere l'accreditamento al fine di poter erogare corsi di formazione sono stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) insieme alla nuova Convenzione Stato-Regioni del febbraio 2017. A differenza di altri gruppi vulnerabili specificamente menzionati (ad esempio i migranti), nei documenti sopra citati non è incluso alcun riferimento esplicito alle persone LGBTI e/o ai loro bisogni sanitari.

³⁹ Ministerial Decree no. 270 of 22 October 2004, in GU no. 266 of 12 November 2004.

La sezione E dell'indagine Open Doors Online era dedicata alla formazione, con una prima serie di domande volte ad indagare quali argomenti sulle tematiche LGBTI erano stati trattati nella formazione di base dei partecipanti o durante l'educazione professionale continua, come valutavano la qualità della formazione ricevuta e se si sentivano professionalmente preparati a trattare con pazienti/clienti LGBTI. La seconda serie di domande, invece, mirava ad identificare quali argomenti i partecipanti avrebbero voluto fossero affrontati durante un corso di formazione sulle tematiche LGBTI, nonché il formato e il contenuto preferibile di un training ideale. 132 persone hanno completato questa sezione del questionario.

In media, il numero di coloro che ha ricevuto una formazione sulle tematiche LGBTI è piuttosto basso. L'unico argomento che è stato trattato durante la formazione dalla maggior parte dei partecipanti è "persone LGBTI e malattie sessualmente trasmissibili" (49%: nell'ambito della formazione di base; 7%: durante l'educazione continua; 16%:in entrambe). La percentuale di partecipanti che non ha ricevuto alcuna formazione varia dal 68% per "differenze nello sviluppo sessuale/ condizione intersessuale", al 78% per "legislazione sulle unioni civili e genitorialità", al 92% per "legislazione sulla rettificazione anagrafica del sesso", e "ostacoli nell'accedere ai servizi sanitari per le persone LGBTI". Inoltre, un numero non trascurabile di partecipanti, rispetto al campione che ha risposto, ha dichiarato di non sapere se gli argomenti indicati nel questionario erano stati trattati durante la formazione: ad esempio, per quanto riguarda la "posizione della psichiatria sul considerare l'omosessualità o la bisessualità come un disturbo mentale" dei 131 che hanno risposto alla domanda 17 hanno detto che l'argomento è stato trattato, 84 hanno detto di no e 30 hanno dichiarato di non saperlo. Risultati analoghi vengono registrati quando è stato chiesto alla "posizione della psichiatria sul considerare l'aver un'identità transessuale come un disturbo mentale" (15:sì; 88:no; 28:non lo so).

Va notato che il campione italiano è costituito per la maggior parte da studenti che non hanno ancora terminato gli studi universitari, quindi non si può escludere che alcuni argomenti possano, almeno in parte, essere trattati nel loro futuro piano di studi. D'altra parte, quasi tutti i professionisti intervistati per la ricerca qualitativa hanno dichiarato di non aver ricevuto una formazione sulle tematiche LGBTI all'università e che le loro attuali conoscenze sono il risultato di autoformazione individuale, partecipazione a eventi educativi/formativi su misura che coprono alcuni degli argomenti, e competenze acquisite grazie al campo di specializzazione. Ciò sembra essere confermato dal fatto che, secondo le ricerche condotte per questo progetto,

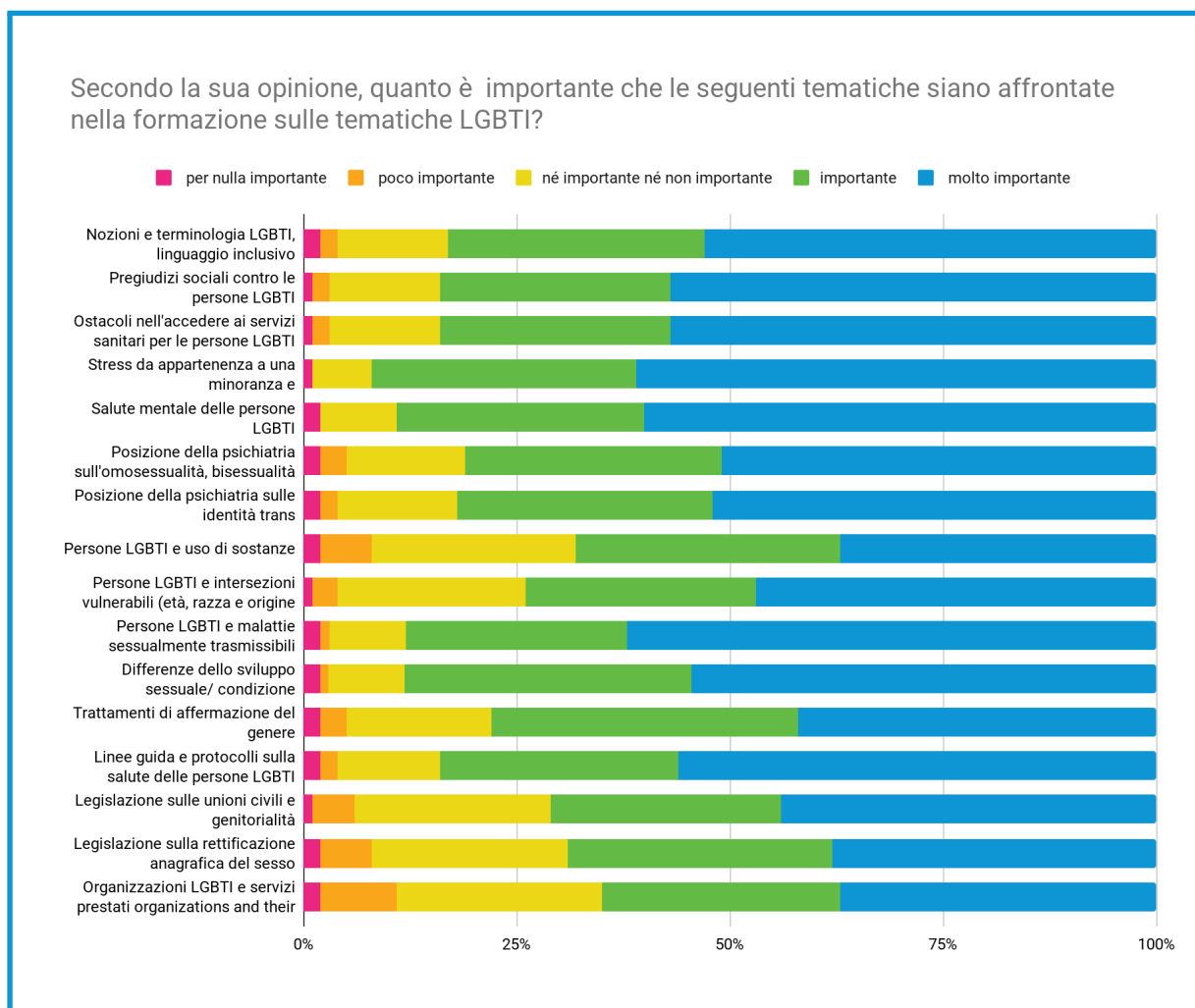
corsi di formazione specifici riguardanti la salute delle persone LGBTI, salvo rilevanti eccezioni, sono estremamente rari.

Quando ai partecipanti all'indagine è stato chiesto di valutare, su una scala da 0 a 10 (0 totalmente insoddisfacente - 10 totalmente soddisfacente), la qualità della copertura degli argomenti relativi alla salute delle persone LGBTI nella formazione ricevuta, la maggioranza l'ha valutata insoddisfacente (0: 37%; 1: 15%; 2: 11%) e meno di un terzo (28%) si è detto d'accordo/fortemente d'accordo con l'affermazione di possedere le conoscenze e le competenze necessarie a fornire un'assistenza di buona qualità ai pazienti o ai clienti LGBTI.

L'ultimo segmento dell'indagine era dedicato ai bisogni formativi dei partecipanti a cui è stato chiesto di indicare su una scala da 1 a 5 (dove 1 significa per niente importante e 5 significa molto importante), quanto ritenevano importante che una serie di argomenti sulle tematiche LGBTI fosse trattato durante la formazione.

In media, più di due terzi degli intervistati hanno valutato tutti i sedici argomenti identificati come importanti o molto importanti, con una variazione tra il 65% per "le organizzazioni LGBTI e i loro servizi" e il 91% per "stress da appartenenza a una minoranza e omofobia/transfobia interiorizzata". Inoltre, la trattazione di 10 dei 16 argomenti proposti nel questionario è stata considerata importante o molto importante da oltre i quattro quinti dei partecipanti. È interessante notare che, sebbene il campione fosse composto essenzialmente da professionisti sanitari e studenti di medicina, l'interesse dei partecipanti non è limitato ad "argomenti strettamente medici". I risultati sono illustrati nel grafico 3 qui sotto:

Grafico 3- Argomenti che dovrebbero essere affrontati in un training su temi LGBTI



Le opinioni raccolte attraverso le interviste vanno nella stessa direzione: secondo professionisti e gli esperti intervistati alcuni argomenti come: terminologia LGBTI, linguaggio inclusivo, pregiudizi sociali e *minority stress* dovrebbero essere obbligatoriamente insegnati a qualsiasi persona che ha o potrebbe avere un contatto diretto con un paziente, compreso che sta alla reception e il personale amministrativo.

"E' fondamentale imparare un approccio che sia inclusivo e corretto iniziando dal non dare per scontata l'eterosessualità di un paziente" - ginecologa, Modena e "rimarcare che essere LGBTI non è una patologia!" - androloga, Firenze

Prendendo come esempio un episodio di cui era stata testimone, una delle intervistate ha sottolineato l'importanza di coinvolgere nella formazione anche i responsabili delle politiche sanitarie:

“Un uomo trans riceve una lettera per uno screening andrologico: non ne ha bisogno, può essere doloroso e/o irritante per lui ricevere tale lettera ed è un enorme e inutile costo per il sistema sanitario” - Responsabile della ricerca medica in una fondazione, Milano

Temi più specifici come l'intersessualità e la condizione trans secondo la maggior parte degli intervistati dovrebbero essere considerati obbligatori per alcune specializzazioni, soprattutto quelle che riguardano la sfera sessuale (ossia: ginecologia, andrologia, endocrinologia e urologia) e facoltativi per chi non esercita l'attività medica in questi campi.

Più di un intervistato ha sottolineato l'importanza della formazione dei medici di base e dei pediatri per il ruolo chiave che svolgono, essendo spesso il primo contatto con il paziente

“L'adolescenza è il momento principale in cui si formano l'orientamento sessuale e l'identità di genere ed è anche il momento di passaggio dal pediatra al medico di base: pochissimi professionisti della salute sanno affrontare certi temi e dialogare in modo sereno, per questo la loro formazione è essenziale”. - andrologo, Brescia

“Se si presenta un bambino/adolescente con un comportamento di genere atipico, è essenziale che il pediatra sia in grado di dare risposte adeguate al paziente e ai genitori”. - androloga, Firenze

Infine, tutti gli intervistati si sono trovati d'accordo sull'importanza di iniziare la formazione all'università e se possibile anche prima.

Per quanto riguarda il formato e i metodi da impiegare in un training ideale, la formazione di persona (36%) e una combinazione di e-learning e formazione di persona (35%) sono stati la soluzione preferita, rispetto all'e-learning considerato da solo (16%). Per quanto riguarda i metodi, gli intervistati hanno mostrato una netta preferenza per il dibattito su questioni controverse (71%) seguito dalla discussione di casi-studio e dall'incontro con persone LGBTI (61%), mentre il role-play e il brainstorming sono le opzioni meno preferite. Le scelte dei partecipanti sono riportate nella Tabella 1 qui sotto in ordine di preferenza:

Tabella 1 - Format e metodi di un training ideale

Format	Methods
<ul style="list-style-type: none"> - formazione di persona (36%) - combinazione di formazione di persona e e-learning (35%) - e-learning (16%) 	<ul style="list-style-type: none"> - dibattito su questioni controverse (71%) - incontri con persone LGBTI (61%) - discussione di casi-studio (61%) - presentazione dei risultati della ricerca (58%) - condivisione delle esperienze dei partecipanti (45%) - brainstorming (23%) - role play (22%)

Quasi tutti coloro che hanno risposto sarebbero disposti a partecipare a un corso di formazione sulle tematiche LGBTI anche in assenza di crediti formativi (67% in ogni caso; 26,5% se riconosciuti crediti formativi) mentre il costo potenziale della formazione è un fattore in grado di influenzare la partecipazione (il 18% degli intervistati parteciperebbe comunque, mentre per il 72% la partecipazione dipenderebbe dalla somma da versare).

7. Conclusioni

La situazione dei pazienti LGBTI in Italia è complessa. I risultati di questa ricerca mostrano che, mentre l'atteggiamento nei confronti delle persone LGBTI che accedono ai servizi sanitari è decisamente positivo, con oltre due terzi dei partecipanti che sono in disaccordo con l'affermazione che queste dovrebbero mantenere privati il loro orientamento sessuale, l'identità di genere o i caratteri sessuali, in termini di conoscenza i risultati sono meno chiari. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che il numero di partecipanti con una formazione sulle tematiche

LGBTI è piuttosto basso in quanto le iniziative di formazione riguardanti la salute delle persone LGBTI sono poche e concentrate in alcune regioni. La mancanza di ricerche sui bisogni di salute delle persone LGBTI impedisce di poter realizzare un efficace sviluppo delle capacità. Le future indagini dovranno esaminare più da vicino alcuni dei temi qui osservati: in particolare, potrebbe essere utile distinguere tra uomini e donne trans. È inoltre necessario specificare cosa si intende per servizi specifici per le persone LGBTI, a parte le persone trans. Sarebbe anche utile esplorare più in profondità le ragioni per cui alcuni intervistati pensano che conoscere l'orientamento sessuale del paziente non sia rilevante ai fini medici-sanitari oppure in quali casi lo sia. Infine, sarebbe interessante comprendere quali sono le cause della mancanza di ricerca sui bisogni di salute dei pazienti LGBTI.

Raccomandazioni

1

Promuovere l'emanazione di una legge che vieti i trattamenti e gli interventi chirurgici di normalizzazione del sesso su persone intersessuali

2

Garantire l'applicazione della legge sulla medicina di genere nel senso di includere i bisogni di salute delle persone LGBTI

3

Pianificare ricerche sulle condizioni di salute delle persone LGBTI

4

Promuovere unità/servizi sanitari LGBTI-friendly all'interno del sistema sanitario nazionale

5

Incoraggiare l'elaborazione e la condivisione di buone pratiche

6

Garantire una formazione e una sensibilizzazione adeguate agli studenti, professionisti sanitari e a tutte le persone che si occupano di pazienti/clienti LGBTI

7

Occuparsi della formazione dei formatori (training of trainers - ToT)

8

Aumentare il coinvolgimento e la collaborazione tra le organizzazioni LGBTI e i servizi sanitari

Bibliografia

Ardis, S. and M. Marcucci. 2007. *Positivo scomodo. La prevenzione della discriminazione delle persone HIV positive.* Firenze: Format Idea.

Fisher, A.D., G. Castellini and J. Ristori. 2017. "Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia level in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers." *J Endocrinol Invest* 40:262-273.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) 2012. EU LGBT survey - European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey.
(<https://data.europa.eu/euodp/it/data/dataset/survey-eu-lesbian-gay-bisexual-transgender>)

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) 2019. A long way to go for LGBTI equality.
(<https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>).

Lelleri, R. 2006. *Survey nazionale su stato di salute, comportamenti protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione omo-bisessuale.* Aricigay.
(http://www.lelleri.it/pdf/MODIDI_report_finale_ITALIA.pdf).

Lo Scalzo, A., A. Donatini, L. Orzella, et al. 2009. "Italy: Health system review." *Health systems in transition* 11(6):1-216.

Pierdominici, M., M. Marconi, M.T. Pagano and P. Matarrese. 2019. "La ricerca pubblica attenta all'identità di genere." *GenJus* 2:59-66.

Posteraro, N. 2026. "Il diritto alla salute delle persone transessuali e la rettificazione chirurgica del sesso biologico: problemi pratici." *Rivista Italiana di Medicina Legale* 3: 102.

Regione Toscana, Servizio Sanitario della Toscana. 2012. "Pazienti non previsti in Ospedale. Atteggiamiento del personale sanitario, verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e transessuale (LGBT)."
(<https://www.regione.toscana.it/-/pazienti-non-previsti-in-ospedale>)

Signani, F., N. Natalini and C. Vagnini. 2019. "Minori Gender Variant: il ruolo che un'azienda Sanitaria può (deve?) svolgere." *GenJus* 2: 4-13.