

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in
Scienze Politiche, Relazioni Internazionali, Diritti Umani



LA POPOLAZIONE LGBTQIA*:
DISCRIMINAZIONE, DIRITTO ALLA SALUTE E
INTERVENTI A SOSTEGNO

Relatrice: Prof. LORENZA PERINI

Laureanda: CATERINA ZAVAN
matricola N.1228184

A.A. 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I	
LA POPOLAZIONE LGBTQIA* TRA DISCRIMINAZIONE E PREGIUDIZI	
1.1. L'identità di genere e l'orientamento sessuale come motivi di discriminazione ...	5
1.2. Una serie di indicatori per misurare l'indice di inclusione LGBTI.....	9
1.3. Society at a Glance 2019: <i>The LGBT challenge: How to better include sexual and gender minorities?</i>	12
CAPITOLO II	
LA SALUTE FISICA E MENTALE PER LA POPOLAZIONE LGBTQIA*	
2.1. Accesso all'assistenza sanitaria	15
2.2. Atteggiamiento del personale sanitario	18
2.3. Le terapie di conversione e le terapie affermative	22
2.4. Conseguenze per la salute mentale: il <i>minority stress</i>	25
CAPITOLO III	
ALCUNI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA POPOLAZIONE LGBTQIA*	
3.1. Il Progetto Queersultoria a Padova	31
3.2. Il Protocollo operativo per la Promozione di Strategie Condivise finalizzate al Contrasto all'Omotransnegatività e per l'Inclusione delle Persone LGBT in Emilia-Romagna	32
3.3. Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025	33
3.4. Il Progetto dell'UE HEALTH4LGBTI e ILGA Europe	34
3.5. Il Progetto IENE 9: i modelli Papadopoulos per lo sviluppo del Curriculum LGBT*.....	36
3.6. L'organizzazione americana OutCare Health	38
3.7. La piattaforma sanitaria digitale americana FOLX	40
CONCLUSIONI	41
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI	43

INTRODUZIONE

La nostra società è permeata da fattori che producono e alimentano comportamenti discriminatori nei confronti di determinati gruppi sociali: la presente tesi concentrerà l'attenzione sulla categoria LGBTQIA*. In tutti i contesti della vita quotidiana la popolazione LGBTQIA* è sottoposta a continue sfide a causa dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. Nonostante le diverse circostanze in ogni Stato, le disuguaglianze sanitarie, le barriere, le discriminazioni e i pregiudizi sono diffusi ovunque, e ciò espone la comunità LGBTQIA* a bassi livelli di salute fisica e mentale. Soprattutto nei Paesi con un alto tasso di stigma, nascondere la propria identità o orientamento sessuale proteggere solo parzialmente dalle disparità.

La discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere non è un fenomeno meramente psicologico, bensì affonda le sue radici nella società e nella cultura. In Italia, questo fenomeno rimane ancora un'emergenza, in quanto mancano adeguate disposizioni legislative per combattere i crimini ispirati dall'odio.

Le due principali problematiche su cui si basano le disparità sono l'eteronormatività, ossia l'imposizione dell'eterosessualità come unico orientamento sessuale socialmente accettabile, e lo stigma sessuale, ovvero il considerare inferiore qualsiasi soggetto associato ad una popolazione non eterosessuale.

Il rispetto dei diritti delle persone, indipendentemente dal loro orientamento sessuale o identità di genere, è uno dei criteri principali per il rispetto dei diritti umani in generale. La Dichiarazione universale dei diritti umani richiede che essi si applichino a tutti senza distinzioni; pertanto, proteggere i diritti delle persone con orientamenti diversi da quello eterosessuale non significa introdurre nuovi diritti, ma assicurarsi che essi siano garantiti a tutti, senza alcun pregiudizio.

L'elaborato si pone come obiettivo la ricerca degli ostacoli e delle sfide che la popolazione LGBTQIA* si trova a dover fronteggiare quotidianamente, con un focus particolare sull'accesso all'assistenza sanitaria. L'attenzione sarà concentrata specialmente sui fenomeni discriminatori, sui pregiudizi e sul loro impatto sulla salute fisica e mentale, nonché su alcune azioni adottate a sostegno sia a livello nazionale, sia europeo, sia internazionale.

Il primo capitolo si concentra sull'identità di genere e orientamento sessuale come motivi

di discriminazione, mettendo in rilievo termini come “eteronormatività”, “eterosessismo”, “stigmatizzazione”, e identificando il modello di Herek sui quattro livelli dello stigma sessuale. Inoltre, si pone l’obiettivo di far conoscere l’indice di inclusione LGBTI elaborato dal Programma delle Nazioni Unite per i diritti umani, in collaborazione con l’Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani. Infine, si prenderà in analisi il rapporto *Society at a Glance* del 2019 dell’Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. L’edizione del 2019, infatti, punta i riflettori sulla popolazione LGBT, tuttavia, nel testo, verrà presa in considerazione solo la parte relativa all’inclusione. Nel paragrafo sono riportate anche due indagini relative all’accettazione delle persone transgender: l’Eurobarometro della Commissione europea e una ulteriore promossa da ILGA-Europe.

Il secondo capitolo concentra l’attenzione sulla salute fisica e mentale della popolazione LGBTQIA*. Innanzitutto, si prendono in considerazione le difficoltà incontrate dagli individui nell’accedere all’assistenza sanitaria, così come l’atteggiamento dei medici nei confronti dei pazienti LGBTQIA*. I problemi maggiormente riscontrati sono l’uso incorretto del linguaggio da parte del personale sanitario tramite commenti offensivi, l’impreparazione medico-scientifica circa i bisogni specifici, la discriminazione, ma anche le barriere personali e strutturali. La disinformazione non si manifesta solo nella popolazione generale, bensì anche nei professionisti della salute, i quali, se non adeguatamente formati e se non slegati da sentimenti di repressione verso i pazienti LGBTQIA*, non sono in grado di offrire loro un servizio efficace.

Un tema cruciale è quello delle *health disparities*, ovvero le differenze di salute riscontrate tra diversi gruppi di persone. Per tale motivo, sono stati creati gli *Standards of Care*, con l’obiettivo di fornire una guida utile per garantire il più alto livello qualitativo di assistenza possibile. Inoltre, vengono prese in considerazione le cosiddette “terapie di conversione”, pratiche che promettono di “curare” l’orientamento non eterosessuale, e il loro antipodo, le “pratiche affermative”. Infine, il capitolo concentra l’attenzione sulle conseguenze delle pratiche correttive, racchiuse sotto la locuzione di *minority stress*, definito come l’insieme di effetti psicologici e fisiologici dovuto alle condizioni avverse in cui vivono le persone appartenenti a gruppi sociali stigmatizzati.

In conclusione, il terzo capitolo mira a far conoscere alcuni interventi a sostegno della popolazione LGBTQIA*, attuati sia a livello nazionale, ma anche europeo e

internazionale. Tra questi troviamo sia associazioni come ILGA-Europe, *OutCare Health*, sia progetti quali la Queersultoria di Padova e HEALTH4LGBTI o politiche come il Protocollo operativo per la Promozione di Strategie Condivise finalizzate al Contrasto all'Omotransnegatività e per l'Inclusione delle Persone LGBT e la strategia EUROPEA per l'eguaglianza LGBTIQ 2020-2025. Solo negli ultimi anni, infatti, iniziano ad emergere politiche a sostegno della popolazione LGBTQIA*, che dovrebbero aiutare nel percorso di uscita dalla discriminazione, sensibilizzando l'opinione pubblica e inducendo un graduale cambiamento culturale.

CAPITOLO I

LA POPOLAZIONE LGBTQIA* TRA DISCRIMINAZIONE E PREGIUDIZI

1.1. L'identità di genere e l'orientamento sessuale come motivi di discriminazione

In tutti i contesti della vita quotidiana le persone subiscono discriminazioni a causa del loro orientamento sessuale o della loro identità di genere, nel lavoro, a scuola, nella sanità. In molti casi, anche la sola percezione dell'omo- o transessualità può metterle a rischio. Parlando di “discriminazione per orientamento sessuale o identità di genere” si fa riferimento all'insieme di stereotipi, pregiudizi e comportamenti che generano esclusione, stigmatizzazione e allontanamento. Con il termine “omofobia” (più precisamente omonegatività), quindi, non ci si riferisce ad una fobia clinica, bensì ad un atteggiamento impregnato di pregiudizi e stereotipi, che si manifesta con l'uso di un linguaggio offensivo o, ancor più grave, attraverso atteggiamenti violenti. La discriminazione verso i soggetti appartenenti alla popolazione LGBTQIA* non si identifica come un fenomeno meramente psicologico-soggettivo, ma deriva soprattutto da fattori socioculturali. Tutto ciò che non rientra in determinati canoni percepiti come universali risulta essere, perciò, bersaglio di discriminazione.

L'“eteronormatività” sta alla base di qualsiasi forma di discriminazione verso orientamenti sessuali ritenuti diversi da quello eterosessuale. L'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere¹ identifica l'“eteronormatività” come quell'elemento che fa apparire l'eterosessualità coerente, naturale e privilegiata. Esso implica, inoltre, il presupposto secondo cui tutti sono “naturalmente” eterosessuali, e che l'eterosessualità sia quindi una condizione ideale, superiore all'omosessualità o alla bisessualità; la conseguenza inevitabile è l'imposizione dell'eterosessualità come norma, poiché ritenuta l'unico orientamento sessuale corretto e socialmente accettabile. È da questa visione che nasce il concetto di “eterosessismo”, identificato come un sistema ideologico che nega, denigra o stigmatizza qualsiasi forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale.² L'eterosessismo è una forma di pregiudizio che si sviluppa fin

¹ L'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere è un'agenzia dell'Unione europea, istituita nel 2010 con il compito di promuovere l'uguaglianza di genere all'interno e all'esterno dell'UE.

² G.M. Herek, *The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism*, <<Journal of Interpersonal Violence>>, vol. 5 (1990), pp. 316-333.

dall'infanzia, in quanto ancorata alla cultura e radicata in tutti i contesti della vita in cui il bambino cresce. Le conseguenze sono, dunque, il rifiuto dell'omosessualità e di qualsiasi altro orientamento sessuale e il considerarla un tabù culturale.

È proprio qui che si inserisce un altro concetto, quello di “stigmatizzazione”, inteso come quel fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo ad un livello inferiore. Più precisamente, lo stigma sessuale fa riferimento “alla considerazione negativa, lo stato inferiore e la relativa mancanza di potere che la società attribuisce collettivamente a chiunque venga associato con comportamento, identità, relazioni o comunità non eterosessuali”.³

Il modello di Herek identifica diversi livelli dello stigma sessuale⁴: il primo livello riguarda lo stigma strutturale (*structural*), determinato dalla cultura eterosessista e identificato come un'ideologia culturale incarnata in pratiche istituzionali che lavorano a svantaggio delle minoranze sessuali. Lo stigma strutturale spesso perpetua differenze di status e di potere basate sullo stigma, e può operare anche in assenza di pregiudizio da parte dei singoli membri di un'istituzione. Per esempio, se una struttura fornisce assistenza ai coniugi di sesso diverso ma non ai partner dello stesso sesso, i membri delle minoranze sessuali avranno uno status inferiore rispetto alle loro controparti eterosessuali. Così come il razzismo istituzionale opera “a svantaggio delle minoranze razziali anche in assenza di pregiudizio o discriminazione individuale”, lo stigma sessuale strutturale limita le opportunità delle minoranze sessuali. Essendo un fenomeno strutturale, lavora sulla base di due processi: il primo parte dal presupposto che tutte le persone siano eterosessuali, e che tutti coloro con identità di genere o orientamento sessuale differente rimangono invisibili e sconosciuti alle istituzioni della società; il secondo, invece, ritiene che, nel momento in cui le minoranze sessuali emergono, queste siano anormali, innaturali e meritevoli di trattamenti discriminatori e ostili. Basti pensare che l'omosessualità era considerata una patologia fino al 1990, anno in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha depennata dalla lista delle malattie mentali. Tuttavia, ancora troppo spesso, l'eterosessismo influenza anche la pratica medica, causando un impatto significativo sul benessere dei pazienti LGBTQIA*.

³ G.M. Herek, J.R. Gillis, J.C. Cogan, *Internalized Stigma Among Sexual Minority Adults: Insights From a Social Psychological Perspective*, <<Journal of Counseling Psychology>>, vol. 56 n.1 (2009), pp. 32-43.

⁴ *Ibidem*.

Il secondo livello della teoria concerne lo stigma attuato (*enacted*), ossia l'espressione manifesta, diretta e palese dei pregiudizi sessuali attuati tramite il comportamento. Rientrano in questa categoria i crimini d'odio, la discriminazione lavorativa, l'uso di epiteti. Alcune persone LGBTQIA* subiscono discriminazioni all'interno del sistema sanitario che possono portare a una totale negazione delle cure o all'erogazione di cure inadeguate.

Il terzo livello riguarda lo stigma percepito (*felt*), rappresentato come la conoscenza della posizione della società verso i comportamenti e le relazioni delle persone non eterosessuali. Questo può influenzare il grado di apertura delle persone LGBTQIA* verso la società, inducendole a mettere in pratica varie strategie per evitare di essere etichettate come omosessuali (per esempio eliminando contatti fisici con amici dello stesso sesso, dichiarare di essere eterosessuale per non essere stigmatizzati). Se da un lato queste strategie sono funzionali nel prevenire episodi di violenza, dall'altro limitano la libertà d'espressione, portando alla negazione della propria identità e all'isolamento sociale, spesso cause di problematiche psicologiche. In campo sanitario, la paura della stigmatizzazione può indurre i soggetti a ritardare la ricerca delle cure o a non dichiarare il proprio orientamento sessuale ai medici.

Il quarto livello, infine, riguarda lo stigma interiorizzato (*internalized*), tradotto come l'accettazione personale dello stigma come parte integrante del proprio sistema di valori e della propria concezione di sé; in altre parole, significa adattarsi alla visione stigmatizzata della società. Il soggetto in questione, quindi, accetta l'opinione negativa che la società mostra verso l'omosessualità orientando, di conseguenza, questa ostilità verso i propri desideri. Per gli eterosessuali, lo stigma interiorizzato si manifesta con atteggiamenti negativi verso le minoranze sessuali; questo fenomeno è identificato come omofobia, omonegatività ed eterosessismo. Tra gli appartenenti alle minoranze sessuali, lo stigma interiorizzato, a volte, porta alla denigrazione di sé stesso, andando a definire quindi il concetto di "autostigma", ovvero l'omofobia interiorizzata degli individui appartenenti a minoranze sessuali.

L'"autostigma" può far sì che le persone sentano di non meritare il rispetto altrui, in questo caso del proprio medico e lo stesso accesso alle cure degli eterosessuali.

Nel 2011, l'ufficio del Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa⁵ ha pubblicato il report "*Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe*", con lo scopo di presentare i risultati di studi empirici circa l'omofobia, la transfobia e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e identità di genere nei 47 Stati membri del Consiglio d'Europa. Il report rivela che atteggiamenti omofobici e transfobici sono presenti in tutti gli Stati membri del Consiglio d'Europa; queste tipologie di condotte, tuttavia, non sono omogenee in tutta Europa, ma dipendono da fattori politici e sociodemografici. Nel parlare di atteggiamenti verso gli individui LGBTQIA* è importante tenere in considerazione la loro visibilità o invisibilità nei luoghi pubblici; essi, infatti, sono spesso invisibili nello spazio pubblico, e i marker lgbt tendono a essere confinati nella sfera privata. Diversi sondaggi riferiscono un'opinione generale secondo cui le persone LGBTQIA* non dovrebbero essere visibili in pubblico, ma piuttosto dimostrarsi discreti o limitarsi alla sfera privata, in quanto il dimostrarsi apertamente persone LGBTQIA* spesso viene considerato provocatorio. Il report concentra l'attenzione anche sull'accesso all'assistenza sanitaria. Dalle indagini è emerso come le persone LGBTQIA* siano più propense a soffrire di depressione e ansia, così come i tassi di suicidio e tentato suicidio siano più elevati tra la popolazione LGBTQIA* rispetto a quella eterosessuale. L'accesso alla sanità è complicato dalla sfiducia che intercorre tra dottore e paziente, dagli atteggiamenti non consoni dello staff medico e da superati approcci all'omosessualità e transgenderismo. Molti strumenti internazionali riconoscono come diritto fondamentale il diritto al godimento del più alto standard di salute; la Dichiarazione Universale dei diritti umani afferma che:

“ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari [...]”.⁶

Anche il Patto Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali impone un obbligo in capo agli Stati membri, in base al quale essi “riconoscono il diritto di ogni individuo a

⁵ Il Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa è un'istituzione indipendente istituita nel 1999 con il compito di promuovere il rispetto dei diritti umani nei 47 Stati membri.

⁶ Articolo 25 Dichiarazione Universale dei diritti umani.

godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”.⁷ Nonostante l’omosessualità sia stata rimossa dall’elenco dei disturbi mentali nel 1973 dall’Associazione Americana degli Psichiatri (APA) e dall’OMS nel 1990, in alcuni Stati membri le istituzioni sanitarie la definiscono ancora come una patologia.

1.2. Una serie di indicatori per misurare l’indice di inclusione LGBTI

L’inclusione delle persone LGBTQIA* è fondamentale per mantenere vivo l’impegno dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, il cui slogan è “Nessuno Escluso”. Il processo di creazione dell’indice di inclusione LGBTI ha avuto inizio nel 2015, quando il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP)⁸, in collaborazione con l’Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, ha organizzato un ciclo di incontri con un gruppo multisettoriale di esperti e con i rappresentanti della società civile, allo scopo di discutere la creazione del suddetto indice. Il risultato della consultazione ha riguardato, in primo luogo, la definizione operativa del termine “inclusione” ai fini dell’elaborazione dell’indice e, in secondo luogo, un accordo sulle dimensioni della libertà umana che dovrebbero essere incluse e misurate da tale indice.

La definizione operativa di inclusione emersa si basa sugli approcci utilizzati sia dall’UNDP sia dalla Banca Mondiale:

“access to opportunities and achievement of outcomes for LGBTI people, as captured in an LGBTI Inclusion Index, as well as human development and other relevant indices, including for those who experience multiple forms of stigma and discrimination. An LGBTI Inclusion Index should measure the extent to which these opportunities and outcomes exist in each country, both universally and with respect to certain groups within a country”.

Dalla consultazione, inoltre, sono emerse anche le cinque più importanti dimensioni della libertà umana da includere nell’indice: salute, benessere economico, istruzione, partecipazione civica e politica, sicurezza personale e violenza.

⁷ Articolo 12, c.1 Patto Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali.

⁸ Il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo è un organo sussidiario dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite con lo scopo di porre fine alla povertà, costruire una governance democratica e istituzioni inclusive.

Per scegliere gli indicatori si è dimostrato utile comprendere lo scopo dell'indice di inclusione LGBTI. L'UNDP ha iniziato il processo considerando due contesti: in primo luogo, la visibilità dello stigma, della violenza e della discriminazione cui è sottoposta la popolazione LGBTQIA* è cresciuta grazie allo sviluppo di movimenti sociali in tutto il mondo e alle crescenti, ma ancora contenute, ricerche sulle vite delle persone LGBTQIA*. Disporre di maggiori dati e informazioni, infatti, potrebbe incrementare ulteriormente la visibilità delle sfide che la comunità si trova a dover fronteggiare. In secondo luogo, la promessa contenuta nell'Agenda 2030 di non trascurare nessuno fa emergere interrogativi circa l'inclusione, anche se le persone LGBTQIA* non sono specificatamente menzionate tra gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

Lo scopo degli indicatori è quello di realizzare delle misure di inclusione di ogni dimensione analizzata dall'indice; i criteri utilizzati per individuarle sono sei:

1. rilevanza per l'inclusione, in quanto ogni indicatore dovrebbe essere palesemente collegato ad un'opportunità o risultato rilevante per la dimensione che valuta.
2. Gli indicatori dovrebbero poter essere disaggregati per ogni singola categoria della popolazione LGBTI: quando possibile, le misure di opportunità e i risultati dovrebbero essere disaggregati, in quanto le norme e le politiche a volte fanno riferimento solo ad alcune categorie di orientamento sessuale ed identità di genere.
3. Ci sono indicatori per ogni categoria: l'insieme di indicatori comprende tutte le categorie all'interno della popolazione LGBTQIA*; tuttavia, ogni singolo indicatore potrebbe non essere rilevante per le persone lesbiche o bisessuali.
4. Rilevanza nei paesi: gli indicatori dovrebbero essere rilevanti e avere lo stesso significato in ogni paese. Inoltre, dovrebbero essere comparabili nel tempo e nello spazio.
5. Utilità e comunicabilità: gli indicatori dovrebbero essere di facile comprensione e riferirsi ad una vasta gamma di stakeholders, i quali potrebbero usare l'indice per valutare e monitorare la situazione.
6. Realizzabilità: gli indicatori dovrebbero basarsi su dati già disponibili o su dati raccolti con un ragionevole dispendio di tempo e risorse. Tuttavia, ciò non è sempre possibile, per questo sono stati individuati tre livelli di fattibilità: il primo evidenzia che i dati esistono e sono immediatamente utilizzabili, il secondo spiega che i dati ci

sono ma è necessario svolgere ulteriori ricerche, il terzo evidenzia l'inesistenza di dati in un numero significativo di paesi.

Delle cinque dimensioni della libertà umana sopracitate, si prenderà in considerazione unicamente quella relativa alla salute. Ogni dimensione include diversi aspetti dell'inclusione con i relativi indicatori e il loro livello di flessibilità. Quest'ultimo ha tre livelli: il primo si riferisce a dati esistenti che possono immediatamente essere utilizzati, il secondo a dati esistenti che necessitano di ricerche per essere raccolti, il terzo a dati non ancora sufficienti.

Il primo aspetto dell'inclusione riguarda la legislazione e le politiche di inclusione in riferimento all'orientamento sessuale, l'identità di genere, l'espressione di genere e le caratteristiche sessuali (sintetizzato nell'acronimo SOGIESC). All'interno sono individuati tre indicatori, tutti appartenenti al secondo livello di flessibilità. Il primo concerne la protezione dei pazienti dalla discriminazione, individuabile tramite la presenza di leggi e politiche antidiscriminatorie. Il secondo riguarda la protezione della cartella clinica attraverso la corretta archiviazione delle cartelle, individuabile tramite l'esistenza di politiche locali di tutela delle informazioni riservate. Il terzo, infine, interessa il consenso informato e libero prima delle prestazioni mediche da indagare attraverso richieste di esami prive di consenso.

Il secondo aspetto concerne l'accesso all'assistenza sanitaria: al suo interno sono individuati cinque indicatori. Il primo indicatore misura le esperienze di discriminazione, ovvero la percentuale di persone che si sono sentite discriminate sulla base dell'OGIESC nel contesto sanitario; questo indicatore rientra nel terzo livello di fattibilità. Il secondo riguarda il ritenere sano in varie linee guida e protocolli le variazioni di caratteristiche sessuali, orientamento sessuale ed identità ed espressione di genere. Il terzo concerne la fonte della cura, ossia la percentuale di persone che hanno una specifica e continua fonte di cura; anche questo rientra nel terzo livello di fattibilità, in quanto esistono spesso informazioni relative solo alle persone lesbiche, gay e bisessuali. Il quarto riguarda la cura di affermazione di genere, intesa come l'insieme di interventi psicologici, sociali e medici volti a sostenere l'identità di genere di un individuo quando in conflitto con il genere assegnato alla nascita; rientra nel primo e secondo livello di fattibilità. Il quinto riguarda lo screening per il cancro della cervice, misurata tramite la percentuale di persone sottoposte allo screening, e rientra nel terzo livello di fattibilità.

Il terzo aspetto dell'inclusione riguarda i diritti e la salute sessuale e riproduttiva. All'interno sono individuati tre indicatori. Il primo riguarda la diffusione del virus HIV: in questo caso, l'indicatore rientra in tutti i livelli di fattibilità, in quanto si tengono in considerazione sia le nuove infezioni sia quelle esistenti; un indicatore alternativo potrebbe essere l'accesso a terapie antiretrovirali. Il secondo rientra nel secondo di livello di fattibilità e riguarda l'accesso alla riproduzione, ovvero l'esistenza di cliniche LGBTI o infrastrutture sanitarie che forniscono il servizio di riproduzione. Il terzo rientra nel secondo e terzo livello di fattibilità e concerne la sterilizzazione, ovvero la presenza di sterilizzazioni forzate.

L'ultimo aspetto dell'inclusione fa riferimento allo stato di salute. Al suo interno sono visibili due indicatori, entrambi inseriti nel terzo livello di fattibilità: il primo sulla diffusione della depressione, mentre il secondo sulla "salute autovalutata", ossia sulla personale percezione della salute.

1.3. Society at a Glance 2019: *The LGBT challenge: How to better include sexual and gender minorities?*

Society at a Glance è una rassegna biennale dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico sugli indicatori sociali, ossia un rapporto che affronta la crescente domanda di prove quantitative sul benessere sociale e le sue tendenze nei Paesi OCSE. L'edizione del 2019 punta i riflettori sulla popolazione LGBT, bersaglio di continue forme di discriminazione; infatti, il percorso di accettazione totale all'interno dei paesi OCSE è ancora lungo. Si prenderà qui in considerazione il primo capitolo, relativo all'inclusione.

Dal rapporto emerge come in tutti i paesi OCSE la stigmatizzazione sia presente; se da un lato le coppie omosessuali sono state legalizzate, così come le terapie ormonali e la chirurgia di riassegnazione del sesso, dall'altro solo la metà dei paesi ha legalizzato i matrimoni omosessuali, e meno di un terzo permette il cambio di genere nei documenti ufficiali senza costringere l'individuo transgender a sottoporsi a sterilizzazione, chirurgia di riassegnazione del sesso, terapia ormonale o diagnosi psichiatrica.

Anche se vari studi hanno rilevato uno spostamento verso una maggiore accettazione delle minoranze sessuali, la realtà mostra che la strada verso un completo riconoscimento non è finita. C'è stata una maggiore accettazione verso l'omosessualità, ma l'omofobia

persiste ovunque. Anche tra i paesi OCSE, che risultano essere tra i più tolleranti al mondo, l'intervistato medio si colloca a metà nella scala della piena accettazione. Tuttavia, questa media nasconde evidenti disparità tra i paesi, in cui l'Italia si trova in un punteggio di quattro su una scala di dieci.

Con riferimento all'accettazione delle persone transgender, finora sono state effettuate solo due indagini: l'Eurobarometro condotto dalla Commissione europea e una seconda condotta da ILGA-Europe, i quali rivelano un disagio diffuso nei confronti delle persone transgender. Tra i paesi europei dell'OCSE, solo il 40% degli intervistati si sentirebbe a proprio agio nell'avere una persona transgender o transessuale nelle alte cariche politiche, come collega, nuora o genero. Inoltre, meno della metà degli intervistati di 17 paesi OCSE coperti dall'indagine ILGA sarebbe disposta ad accettare un bambino transgender.

Fino al 2019 è stata condotta solo un'indagine transnazionale per misurare la percezione delle persone LGBT sul grado di discriminazione. Essa è stata condotta nel 2012 dall'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali. Dai risultati è emerso che più di un intervistato LGBT su tre nei paesi europei dell'OCSE riferisce di essersi sentito discriminato a causa dell'orientamento sessuale o identità di genere. L'Italia rientra tra gli otto paesi in cui gli omosessuali riferiscono il più alto grado di discriminazione.

La forte discriminazione che la popolazione LGBT affronta la mette a rischio di avere un livello di benessere basso. Questo provoca problemi di salute mentale, generando ansia, depressione, tentativi di suicidio, uso e abuso di sostanze. Garantire alle persone LGBT la possibilità di esprimere apertamente il proprio orientamento sessuale e identità di genere senza essere stigmatizzate o discriminate dovrebbe essere una priorità politica, per almeno tre ragioni. La prima è di ordine etico: l'orientamento sessuale e l'identità di genere fanno parte della persona, e garantire la loro incolumità dovrebbe costituire un diritto umano inalienabile. La seconda è di tipo economico: l'esclusione delle persone LGBT comporta costi economici notevoli. Essa ostacola lo sviluppo economico, provoca la riduzione di investimenti nel capitale umano, riduce la produzione economica a causa dell'esclusione delle persone LGBT dal mercato del lavoro; questo poiché compromette la loro produttività e salute mentale ed erode le finanze pubbliche che vengono impiegate per affrontare le conseguenze dell'emarginazione della comunità. La terza è di carattere sociale: la loro inclusione è favorevole all'emergere di norme di genere meno stringenti che migliorano la parità di genere, rendendo l'omosessualità strettamente collegata anche

all'uguaglianza di genere. Proibire legalmente la discriminazione verso le persone LGBT e garantire loro eguali diritti sono due elementi essenziali per la loro inclusione.

CAPITOLO II

LA SALUTE FISICA E MENTALE PER LA POPOLAZIONE LGBTQIA*

2.1. Accesso all'assistenza sanitaria

L'accesso alle cure mediche è un diritto fondamentale di tutte le persone: ciononostante, l'appartenenza alla popolazione LGBTQIA* spesso rappresenta un ostacolo per accedere all'assistenza sanitaria e per ricevere un trattamento equo; infatti, l'eterosessismo è in grado di compromettere l'accesso all'assistenza sanitaria in quanto la persona LGBTQIA* può essere vittima di atteggiamenti omofobici da parte dei professionisti sanitari cui si rivolge. I problemi maggiormente diffusi risultano essere l'esclusione dei/delle partner omosessuali dalle decisioni mediche importanti, l'uso errato dei pronomi nel rapporto con le persone trans, un'impreparazione riguardo alla salute sessuale e riproduttiva specifica dei pazienti LGBTQIA* , la minimizzazione dei sintomi e del dolore, commenti omofobi e offensivi. L'Istituto Nazionale di Statistica, nel 2011, ha riconosciuto come circa il 10% delle persone LGBTQIA* ha subito discriminazione in ambito sanitario⁹; inoltre, molti individui LGBTQIA* spesso evitano o rimandano l'accesso alle cure per ragioni che riguardano diversi fattori, inclusi lo stigma e la discriminazione. In un sondaggio del *National Center for Transgender equality*¹⁰ è emerso come il 28% delle persone transgender abbia posticipato o evitato le visite mediche, in quanto, studi recenti hanno dimostrato che i medici sono impreparati nel fornire un servizio di qualità ai pazienti LGBTQIA*: il 40% dei medici afferma di non aver ricevuto alcuna formazione in merito alle questioni di salute delle persone LGBTQIA* e il 50% di averne ricevute solamente cinque ore; tuttavia, tra questi ultimi, molti ritengono che essa fosse insufficiente o poco utile nel prepararli efficacemente. In Italia, la formazione professionale sanitaria è ancora troppo spesso basata su un approccio di tipo eteronormativo, metodo che provoca una quasi assente consapevolezza delle varie

⁹ Report *la popolazione omosessuale nella società italiana*, anno 2011.

¹⁰ Il National Center for Transgender Equality è un'organizzazione senza scopo di lucro fondata nel 2003 a Washington con lo scopo di sostenere il cambiamento delle politiche e della società per aumentare la comprensione e l'accettazione delle persone transgender.

identità ed orientamenti sessuali esistenti e, di conseguenza, l'erogazione di servizi inefficaci.

Un tema importante è quello delle cosiddette *health disparities*, intese come differenze dello stato di salute tra diversi gruppi di persone. Nel 2016 la popolazione LGBTQIA* è stata identificata come una “popolazione con disparità di salute” dal *National Institute on Minority Health and Health Disparities*¹¹. Queste diversità sono spesso riscontrabili nelle aree della salute comportamentale, della salute fisica e dell'accesso alle cure. La salute comportamentale comprende la salute mentale, l'abuso di sostanze e la dipendenza; infatti, le persone LGBTQIA* sono più inclini ad elaborare pensieri suicidi, disturbi dell'umore, disturbi dell'alimentazione e abuso di sostanze. Con riferimento alla salute fisica, invece, si fa riferimento al maggior rischio per le persone LGBTQIA* di contrarre determinate malattie e infezioni, come l'HIV/AIDS, di essere sovrappeso, di avere una relazione medico-paziente instabile. Infine, in relazione all'accesso alle cure, essi hanno meno probabilità di stipulare un'assicurazione sanitaria dove necessaria, ma una possibilità più elevata di incontrare medici competenti in materia, di subire trattamenti di scarsa qualità, ingiusti o ritardi nelle cure.

Sono sei le principali disparità di salute affrontate dalla popolazione LGBTQIA*.

1. Tassi più alti di malattie sessualmente trasmissibili (MST): secondo i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)¹², nel 2018, negli Stati Uniti, il 69% delle nuove infezioni HIV era costituito da uomini gay e bisessuali.
2. Maggior uso e abuso di sostanze: secondo un rapporto del CDC del 2018, il 20,5% delle persone LGBTQIA* fumava. Un'altra ricerca pubblicata su *LGBT Health*, invece, dimostra che tra le persone LGBTQIA* i tassi di uso e abuso di sostanze sono alti, con una probabilità doppia o tripla rispetto agli eterosessuali di sviluppare un disturbo grave.
3. Tassi più elevati di problemi di salute mentale: uno studio del 2016 pubblicato su *BMC Psychiatry* ha evidenziato che le persone LGBTQIA* hanno più del doppio

¹¹ Il National Institute on Minority Health and Health Disparities è un istituto sanitario del governo americano, facente parte del National Institutes on Health. La sua missione è guidare la ricerca scientifica per migliorare la salute delle minoranze e ridurre le disparità di salute.

¹² Il CDC è l'agenzia nazionale per la salute pubblica degli Stati Uniti. Il suo obiettivo è proteggere la salute e la sicurezza pubblica attraverso il controllo e la prevenzione di malattie e disabilità negli Stati Uniti e nel resto del mondo.

delle probabilità rispetto a uomini e donne eterosessuali di sviluppare un disturbo di salute mentale nel corso della vita.

4. Maggiori probabilità di sviluppare disturbi alimentari e obesità: uno studio pubblicato sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health* nel 2019 ha esaminato i dati delle indagini BRFSS (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*)¹³ del 2014-2017 e ha evidenziato come le donne bisessuali e lesbiche avevano maggiori probabilità di essere sovrappeso o obese rispetto alle donne che si identificano come eterosessuali; tuttavia, gli uomini gay avevano probabilità significativamente più basse di essere obesi rispetto agli uomini eterosessuali. Inoltre, i disturbi alimentari e i disturbi dell'immagine corporea possono essere più comuni tra gli uomini gay e bisessuali rispetto agli uomini eterosessuali, secondo uno studio pubblicato negli *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*.
5. Tassi più elevati di cancro al seno e al collo dell'utero: il *National LGBT Cancer Network* afferma che le comunità LGBT sono "colpite in modo sproporzionato dal cancro". Tuttavia, non è noto se ciò sia dovuto a tassi più bassi di screening, nulliparità o ad altri fattori che sono notoriamente in grado di aumentare il rischio di sviluppare una forma tumorale, come l'uso di alcol e l'obesità.
6. Maggior rischio di malattie cardiache: uno studio pubblicato nel 2018 sulla rivista *Circulation* ha rilevato che gli adulti lesbiche, gay e bisessuali hanno un rischio maggiore di sviluppare malattie cardiache e altri problemi legate ad esse rispetto agli adulti eterosessuali. I ricercatori della *Baptist Health South Florida Clinic* di Miami si sono concentrati su sette aree di salute del cuore controllabile, e hanno scoperto che le persone appartenenti a gruppi di minoranze sessuali avevano maggiori probabilità di essere fumatori e avere una glicemia scarsamente controllata, fattori che contribuiscono all'insorgere di malattie cardiache.

Nell'accedere alle cure, gli individui LGBTQIA* si trovano a dover affrontare barriere di tipo personale e strutturale. Le barriere di tipo personale sono create da atteggiamenti, credenze e comportamenti di soggetti che operano all'interno del sistema sanitario: si fa riferimento, in questo caso, allo stigma attuato, percepito e interiorizzato; tuttavia, in

¹³ Il BRFSS è il principale sistema di sondaggi telefonici relativi alla salute che raccoglie dati sui residenti negli Stati Uniti con riferimento ai comportamenti a rischio per la salute, le condizioni di salute croniche e l'uso dei servizi di prevenzione.

aggiunta allo stigma dovuto allo status di minoranza sessuale, le persone LGBTQIA* potrebbero dover affrontare ostacoli conseguentemente ad altre caratteristiche (come l'appartenenza ad una minoranza etnica, il livello di istruzione e di reddito, la lingua), e l'intersezione di queste dimensioni amplifica le sfide per l'accesso a cure di alta qualità. Le barriere strutturali, invece, riguardano il sistema sanitario a livello istituzionale, ed operano indipendentemente dall'atteggiamento degli individui; alcuni esempi riguardano le pratiche assicurative che limitano le tipologie di assistenza coperte per le persone LGBTQIA* o la mancanza di formazione medica sulla salute LGBTQIA*. Si fa riferimento, in questo caso, allo stigma strutturale: un numero importante di barriere strutturali risultano dalla mancanza di formazione circa i bisogni dei pazienti LGBTQIA*. La "competenza culturale", riferita all'insieme di abilità che permettono di fornire cure qualitative a individui di culture diverse dalla propria, è un elemento importante dell'assistenza.

I problemi di accesso alle cure possono pressoché essere raggruppati in tre categorie:

- a. Accesso limitato: la difficoltà di accesso alle cure potrebbe derivare dalla minore probabilità di avere un'assicurazione sanitaria completa, dallo status di disoccupazione, di senzatetto o dalla richiesta di erogazione di un servizio non disponibile per le persone LGBTQIA*, anche se in possesso di un'assicurazione sanitaria.
- b. Esperienze negative: la popolazione LGBTQIA* è spesso vittima di discriminazione o pregiudizi da parte del personale sanitario. Le esperienze negative con professionisti non adeguatamente formati rappresentano uno dei motivi per cui le persone LGBTQIA* non si sottopongono alle cure.
- c. Mancanza di conoscenze: le persone LGBTQIA* spesso scoprono che il medico che ha il compito di prendersi cura di loro non ha le conoscenze necessarie.

2.2. Atteggiamento del personale sanitario

La salute e il benessere LGBTQIA* sono stati identificati dalla *Joint Commission*¹⁴ come

¹⁴ La Joint Commission è un'organizzazione statunitense che lavora per migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza sanitaria nella comunità internazionale. In più di cento paesi, collabora con ospedali, cliniche e centri medici accademici, sistemi sanitari e agenzie, ministeri governativi, università e sostenitori internazionali per promuovere rigorosi standard di cura e fornire soluzioni per raggiungere le massime prestazioni.

una priorità assoluta. Per questo motivo, l'associazione ha raccomandato alle strutture sanitarie di iniziare a trasformare l'ambiente sanitario in un luogo più accogliente, sicuro e inclusivo anche per i pazienti LGBTQIA* e le loro famiglie, in quanto gli operatori sanitari possono giocare un ruolo fondamentale nel ridurre le significative disparità sanitarie e di trattamento. Tuttavia, molti medici non possiedono le conoscenze, le abilità e le competenze culturali necessarie per fornire un'assistenza LGBTQIA* di qualità. La *National Transgender Discrimination Survey* ha evidenziato come la discriminazione da parte del personale è frequente nell'accesso all'assistenza sanitaria. Molti medici incontrano ostacoli nel fornire assistenza ai pazienti LGBTQIA* e sentono il bisogno di migliorare le proprie competenze in materia. A tal proposito, uno studio di Chapman e colleghi ha rilevato differenze importanti negli atteggiamenti nei confronti di uomini gay da parte di studenti di medicina e infermieristica maschi e femmine; gli studenti maschi, infatti, dimostrano un atteggiamento più negativo nei confronti degli uomini gay rispetto agli atteggiamenti delle studentesse.

Tra le organizzazioni internazionali di promozione della salute, la *World Professional Association for Transgender Health* si occupa principalmente della promozione del più alto livello di standard di cure individuali, che sviluppa attraverso i cosiddetti *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. Gli *Standards of Care* hanno l'obiettivo di fornire una guida flessibile per la migliore assistenza possibile alle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme. I principi che si tengono in considerazione sono:

1. il rispetto verso i pazienti, cercando di evitare la patologizzazione delle differenze di identità o di espressione di genere.
2. La prestazione di cure per confermare l'identità di genere del paziente e per ridurre il disagio causato dalla disforia di genere.
3. L'essere informati sui bisogni sanitari delle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme.
4. L'applicazione del trattamento più adatto ad esaudire le esigenze del paziente.
5. L'offerta di cure continuative nel tempo.

La guida elaborata da *Chroniqueers*¹⁵ contiene alcuni consigli per il personale sanitario, utili per contribuire ad un accesso alla salute più inclusivo e raggiungibile per le persone LGBTQIA*. Il primo riguarda l'informazione: imparare a conoscere la popolazione LGBTQIA* è indispensabile per riformulare i pregiudizi e gli stereotipi. Il secondo concerne l'uso consapevole del linguaggio: l'utilizzo di un lessico più inclusivo può aiutare i pazienti LGBTQIA* a sentirsi accolti. Il terzo, invece, fa riferimento al rispetto dei percorsi di ognuno: il rispetto del loro percorso corrisponde al rispetto del diritto ad un trattamento equo in ambito sanitario.

Un'altra guida - *Providing inclusive services and care for lgbt people* -, sviluppata dal *National Lgbt Health Education Center*¹⁶, ha lo scopo di aiutare il personale sanitario a creare un ambiente inclusivo per i pazienti LGBTQIA*, prevedendo anche una serie di azioni che si dovrebbero adottare nel relazionarsi con un paziente LGBTQIA*. Queste buone pratiche possono essere sintetizzate nelle seguenti categorie:

- a. aspettative: il paziente LGBTQIA* che ha avuto in passato esperienze negative potrebbe essere in allerta per il timore di essere nuovamente discriminato. Il personale sanitario, quindi, avrà il compito di scusarsi per eventuali errori o correggere i colleghi quando ne commettono uno. In questo caso, si può disinnescare una situazione difficile e ristabilire un dialogo costruttivo.
- b. Pensiero pratico: le capacità di problem-solving possono essere applicate in tutti i rapporti con i pazienti. Molte delle esperienze negative affrontate dalle persone LGBTQIA* sono simili a quelle che frustrerebbero chiunque: mancanza di assicurazione sanitaria, incapacità ad esprimere la vera natura dei problemi di salute a causa della mancanza di fiducia o a gestire le cure. L'operatore sanitario, anche se non si sente in grado di risolvere un problema, dovrebbe almeno aiutare un paziente a sentirsi a proprio agio.
- c. Basi comunicative: usare le giuste parole aiuta ad instaurare un rapporto di fiducia. Il personale sanitario deve evitare di fare supposizioni sull'identità di genere o orientamento sessuale di qualcuno; inoltre, è importante utilizzare i termini che le

¹⁵ Chroniqueers è una ricerca di dottorato realizzata in Italia e in Portogallo tra il 2016 e il 2019, che ha raccolto e analizzato le storie di giovani adulti LGBTQ* con uno o più malattie croniche. L'obiettivo era osservare come l'intimità e la sessualità potessero legarsi alla malattia cronica in diversi aspetti della vita.

¹⁶ Il National Lgbt Health Education Center è specializzato nella formazione e assistenza ai centri sanitari al fine di permettere l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità per la popolazione LGBTQIA*.

persone usano per descrivere sé stesse e i propri partner: per esempio, se un paziente si definisce “gay”, bisogna evitare di usare il termine “omosessuale”. Infine, nel dialogo con il paziente, non è corretto usare parole che presuppongono che le persone abbiano un partner o coniuge del sesso opposto ed evitare l’uso di un linguaggio irrispettoso, sguardi e espressioni che giudicano l’aspetto o il comportamento del paziente.

- d. Uso dei pronomi e *preferred name*: dato che non è possibile indovinare l’identità di genere del paziente in base al suo nome o atteggiamento, nel relazionarsi con i pazienti per la prima volta occorre evitare di usare pronomi indicanti uno specifico genere. Inoltre, le strutture sanitarie dovrebbero disporre di un sistema che consente ai pazienti di inserire il proprio *preferred name* (ovvero il nome che una persona decide di usare al posto del proprio nome legale), identità di genere e i pronomi nei moduli.
- e. Cosa fare quando il nome e il genere non combaciano: può succedere che i pazienti LGBTQIA*, in particolare quelli transgender, abbiano un nome e un sesso registrati che non corrispondono al loro *preferred name and gender*. Per loro, quindi, può risultare difficile sottoporsi ad alcuni trattamenti necessari dal punto di vista medico se il sesso figurante sulla loro assicurazione non corrisponde alla loro anatomia. Pertanto, è necessario che il personale sanitario sia preparato a questa evenienza e possa chiedere informazioni al paziente senza metterlo in imbarazzo per cercare di aiutarlo.
- f. Evitare di porre domande inutili: le persone a volte sono incuriosite dalla vita delle persone LGBTQIA*, e questo potrebbe indurle a volerne sapere di più ponendo domande al paziente. Tuttavia, le persone LGBTQIA* potrebbero voler tenere privata la loro vita. Perciò, prima di porre domande personali è necessario chiedersi se il quesito sia indispensabile per la cura del paziente o se sia dovuto a mera curiosità.
- g. Comprendere la diversità e la fluidità dell’espressione: esiste un’ampia gamma di identità ed espressioni sessuali e di genere. Per esempio, alcune persone possono identificare la loro sessualità in modo tale da non sapere chi sono i loro partner, oppure identificarsi come eterosessuali per non subire discriminazioni. È per questo che è necessario del tempo per imparare a conoscere i pazienti e acquistare la loro fiducia.
- h. Mantenere un comportamento non giudicante: fare in modo che i pazienti LGBTQIA* si sentano inclusi significa anche mantenere una mente aperta sulle diverse identità

ed orientamenti sessuali. Per il personale sanitario è indispensabile quindi controllare il linguaggio del corpo, evitando di mostrare disapprovazione.

- i. Fare pratica per mettere a proprio agio il paziente: inizialmente, modificare il modo di relazionarsi ai pazienti può risultare difficile. Ad esempio, correggere il linguaggio per evitare di usare termini come “signora, signore” richiede tempo e sforzo, tuttavia, con la pratica diventa un meccanismo automatico.
- j. Creare un ambiente di responsabilità: significa non avere timore nel correggere i colleghi quando usano nomi e pronomi sbagliati o se commettono altri errori. La creazione di un ambiente di responsabilità richiede un lavoro di squadra.
- k. Porre le proprie scuse: non sempre è possibile evitare di commettere errori ma le scuse sono sempre ben accette per far capire che l'intenzione non era la mancanza di rispetto.

2.3. Le terapie di conversione e le terapie affermative

In tutto il mondo, le persone LGBTQIA* sono spesso bersaglio di atteggiamenti di diffidenza, disprezzo e odio a causa del loro orientamento sessuale. Queste espressioni omofobiche sono basate su visioni che considerano il comportamento sessuale non eterosessuale e non procreativo come una “deviazione” o “difetto di sviluppo”. I danni provocati a causa di ignoranza, pregiudizio e intolleranza sono inaccettabili: non solo è fondamentale che ogni persona che accede alle cure sia trattata con dignità e rispetto, ma è importante anche prevenire l'applicazione di tali visioni, che vedono l'omosessualità come una scelta che può essere modificata tramite “pratiche terapeutiche”; è in questo ambito che avviene la promozione di servizi volti a “curare” l'orientamento non eterosessuale, approcci noto come “pratiche correttive”, “terapie riparative”, “terapie di conversione”.

L'Esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere ha fornito una definizione di “terapia di conversione”. Si tratta di un “termine ombrello” per descrivere una moltitudine di pratiche e metodi volti a cambiare o reprimere la sessualità o l'identità di genere di un individuo. Sono state identificate diverse tipologie di azioni fisiche e non, come lo stupro, la reclusione, l'abuso fisico, i trattamenti elettroconvulsivanti, trattamenti ormonali, psicoterapia, consulenze pastorali. Le vittime di queste terapie riferiscono

perdita di autostima, ansia, depressione, isolamento sociale, odio verso sé stessi, vergogna, disfunzione sessuale, pensieri suicidi, disturbo da stress post-traumatico. La distinzione tra forme fisiche e non fisiche non comporta alcuna differenza in termini di dannosità dell'atto.

Nel 2009, l'*American Psychological Association* ha condotto un'indagine su ottantatré persone oggetto di pratiche correttive. A tal proposito, non è stato possibile rilevare cambiamenti nel loro orientamento sessuale; al contrario, le conseguenze riportate comprendevano, appunto, depressione, ansia, insonnia, vergogna e idee suicide. Le testimonianze di adolescenti sottoposti a tali trattamenti contro la loro volontà sono numerose; sono stati rilevati diversi casi in cui alla vittima è stato negato il diritto alla libertà, arrivando a subire anche umiliazioni estreme, violenze fisiche come scosse elettriche o l'obbligo di assumere sostanze emetiche, molestie sessuali e "stupro riparativo".

I tentativi volti a modificare l'orientamento sessuale non trovano alcuna giustificazione medico-scientifica, in quanto l'omosessualità non è da considerarsi una condizione patologica e non richiede, quindi, alcuna cura; suggerire di cambiare orientamento sessuale costituisce una violazione del principio della bioetica "primum non nocere", che sottolinea l'importanza di non recare danno al paziente. Al contrario, questa tipologia di terapie danneggia la vita e la salute delle persone LGBTQIA*. Inoltre, le pratiche correttive rappresentano un problema di discriminazione diretta sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere: sono irrispettose della persona umana perché, oltre agli effetti fisici e psicologici, non riconoscono che tutti hanno lo stesso valore morale indipendentemente dalla loro sessualità e identità di genere. È difficile separare l'assenza di un divieto alla terapia di conversione da un contesto sociale di stigmatizzazione; infatti, considerando il caso ipotetico di una pratica con lo scopo di convertire le persone eterosessuali in omosessuali, sarebbe improbabile che questa non fosse illegale.

La terapia di conversione rientra tra quelle forme di maltrattamento che le norme sui diritti umani vietano in senso assoluto. Non rileva nemmeno il caso ipotetico in cui un individuo abbia personalmente scelto di sottoporsi a tale pratica, in quanto, il consenso a tale pratica potrebbe avere forza morale solo se le condizioni in cui è svolta sono slegate dal contesto sociale di stigmatizzazione storica basata sull'omosessualità.

La Società Italiana di Andrologia è preoccupata del fatto che il 10% dei giovani LGBTQIA* sia vittima di pratiche correttive. Secondo le Nazioni Unite, queste terapie sono ancora accettate in almeno sessantotto Paesi; infatti, nel 2018 il Parlamento europeo ha invitato gli Stati membri a metterle al bando, per tutelare il rispetto dell'identità di genere. In Italia, l'unico tentativo di bandirle è stato proposto nel 2016 in un disegno di legge, che non è mai stato discusso, che prevedeva la reclusione per chi le praticasse.

Nel 2016, Malta è diventato il primo Paese in Europa a vietare completamente le terapie di conversione, seguito dalla Francia nel 2021. Grecia e Germania, invece, le hanno bandite solo per i minori; in Spagna, otto regioni le hanno proibite e l'Albania ha adottato delle linee guida mediche contro queste pratiche. Vietare le terapie di conversione costituisce il primo passo per proteggere le persone LGBTQIA* da queste attività dannose. Tuttavia, per fare ciò, sono necessari diversi elementi:

- Una forte contrapposizione da parte delle autorità mediche nazionali verso tali terapie.
- Combattere la disinformazione su tale tema, che afferma la necessità di queste terapie per “curare” le persone.
- Sensibilizzare ed educare il pubblico sulla questione.
- Creare normative sanitarie che vietino tali attività.
- Alimentare il dialogo tra istituzioni religiose e autorità statali.
- Dichiarazioni di funzionari pubblici contro queste pratiche.

Negli ultimi anni stanno emergendo in letteratura le cosiddette “terapie affermative”, attività con l'obiettivo esattamente opposto a quello delle pratiche correttive. La terapia affermativa sostiene tutti quei soggetti appartenenti a minoranze nella sfera legata alla sessualità, all'identità di genere e all'orientamento sessuale, lavorando in opposizione alle terapie di conversione. Nella terapia affermativa per pazienti LGBTQIA*, l'attenzione si concentra sull'impatto psicologico dell'eteronormatività e dei pregiudizi sociali.

Questa tipologia di terapia spesso porta risultati positivi anche su pazienti eterosessuali, in quanto aiuta loro a comprendere il danno che pregiudizi e discriminazione provocano sugli altri.

L'obiettivo della terapia affermativa punta a far comprendere che l'orientamento sessuale e l'identità di genere di un individuo non possono essere modificati, rispettando e considerando positivamente tutte le sessualità e generi, offrendo uno spazio di

affermazione in diversi modi. Innanzitutto, i professionisti della salute mentale conoscono le sfide che la popolazione LGBTQIA* deve affrontare e fronteggiano queste sfide nelle sedute di terapia. I terapeuti cercano di combattere la propria omofobia/transfobia interiorizzata in quanto sono consapevoli di come i pregiudizi della società potrebbero influenzare la loro percezione; inoltre, la terapia affermativa non patologizza le minoranze sessuali, bensì si concentra su come i membri di questa comunità pensano e percepiscono il loro orientamento o identità sessuale, senza giudizi e ostilità. La terapia mira ad aumentare la consapevolezza e l'accettazione di sé stessi, aiutando ad affrontare lo stigma e i percorsi di coming out o di transizione.

2.4. Conseguenze per la salute mentale: il *minority stress*

La locuzione *minority stress* si riferisce al modo in cui gli individui appartenenti a gruppi stigmatizzati o sottorappresentati sperimentano una serie di fattori di stress che sono direttamente collegati ad un'identità minoritaria. È un fenomeno che risulta essere molto diffuso tra la popolazione LGBTQIA*.

Essere parte di un gruppo minoritario o stigmatizzato può essere stressante anche quando le persone non subiscono direttamente alcun pregiudizio; tuttavia, il solo fatto di poter essere bersaglio di tali comportamenti può provocare stress per la salute fisica e mentale. La definizione di stress in senso generale prevede che esso sia sollecitato da alcune situazioni a cui gli individui devono adattarsi da un punto di vista sia emotivo sia fisico. Tuttavia, nel parlare di stress legato all'appartenenza ad una minoranza si entra in contatto con un concetto che va oltre il semplice evento concreto: si entra nel contesto di eventi mentali (discriminazioni e pregiudizi) a cui sono sottoposte solo alcune categorie di persone.

Nello sviluppo del concetto di *minority stress*, le ipotesi di fondo dei ricercatori rivelano che il esso è:

- a. unico: è aggiuntivo ai generici fattori di stress vissuti da tutte le persone e, pertanto, alle persone stigmatizzate è richiesto uno sforzo di adattamento superiore.
- b. Cronico: è legato alle strutture sociali e culturali sottostanti relativamente stabili.
- c. Basato sulla società: deriva da processi sociali, istituzioni e strutture che operano al di là dell'individuo.

Applicato alla popolazione LGBTQIA*, il modello del *minority stress* sostiene che il

pregiudizio sessuale è stressante e può portare a esiti negativi per la salute mentale.

Secondo questo modello, stigma, pregiudizio e discriminazione verso le minoranze creano un ambiente così stressante per questi individui da provocare conseguenze negative sulla loro salute mentale: non è l'omosessualità a creare questi sintomi, ma il comportamento omofobo della società.

Ilan Meyer, professore della Columbia University, ha evidenziato, appunto, come i disagi psicologici delle persone omosessuali non siano direttamente collegati all'orientamento sessuale, bensì alle condizioni di vita e sociali che le persone LGBTQIA* si trovano a dover affrontare. L'autore suggerisce tre diverse dimensioni del *minority stress*: omofobia interiorizzata, stigma percepito ed eventi di discriminazione subiti.

L'omofobia interiorizzata è il risultato dell'interiorizzazione da parte delle persone LGBTQIA* di pregiudizi, pensieri e atteggiamenti negativi che la società nutre verso di loro. Questo tipo di stigma interiorizzato è soggettivo, nel senso che non è direttamente osservabile, ma potenzialmente è il più dannoso, in quanto può avere effetti negativi diretti sulla capacità dell'individuo di far fronte a eventi stressanti esterni, riducendo la resilienza della persona di affrontare gli eventi negativi.

Con "stigma percepito" ci si riferisce a processo per cui la popolazione LGBTQIA* si aspetta di subire eventi di discriminazione, che la porta quindi a mantenere alta l'attenzione verso l'ambiente circostante, con l'obiettivo di evitare tali fenomeni. Come risultato di questa vigilanza, le persone LGBTQIA* possono, ad esempio, aspettarsi il rifiuto o recriminazioni più gravi a causa del loro status di minoranza sessuale cercando, dunque, di nascondere la propria identità per proteggersi da danni psicologici o fisici. Tuttavia, sia le aspettative negative sia i tentativi di mascherare la propria identità creano angoscia alla persona.

Gli eventi di discriminazione subiti, invece, possono essere attribuiti all'utilizzo di epiteti offensivi o a comportamenti discriminatori, che hanno come conseguenza quella di radicare nella vittima un'esperienza traumatica. Le esperienze di discriminazione incidono direttamente sulla salute, in quanto il trauma induce un'aspettativa di un potenziale maltrattamento, fatto che provoca un innalzamento dei livelli di stress. Meyer ha descritto questi eventi come oggettivi, in quanto sono direttamente osservabili e verificabili.

In particolare, l'omofobia interiorizzata è dannosa per il benessere psicofisico delle

persone LGBTQIA*; alti livelli di omofobia interiorizzata provocano bassi livelli di autostima, speranza, empowerment e qualità della vita. Ad esempio, uno studio italiano condotto in Spagna e in Italia ha evidenziato come l'omofobia interiorizzata giochi un ruolo importante nel sempre crescente numero di tendenze suicide tra le persone LGBTQIA*; il risultato mostra infatti che gli individui appartenenti a minoranze sessuali hanno quasi il doppio del tasso di pensieri suicidi rispetto agli individui eterosessuali. È stato anche dimostrato che gli operatori sanitari tendono a fornire cure di qualità inferiore a soggetti appartenenti a minoranze. Questo, talvolta, è il risultato di sessismo, razzismo o altre forme di pregiudizio, ma è anche il risultato di pregiudizi impliciti, al di fuori della consapevolezza. La *National Transgender Discrimination Survey* pubblicata nel 2016 ha mostrato come all'incirca un individuo transgender su cinque ha subito una negazione per l'assistenza in ambito sanitario: questo non comprende solo il rifiuto delle cure di affermazione di genere, ma anche il rifiuto di altri trattamenti.

Uno studio internet-based condotto nel 2011 ha rilevato che il 27% degli intervistati è stato vittima di molestie a cause della propria identità di genere. Ugualmente, nel 2007, una ricerca eseguita con metodi misti (cartacea e via internet) ha mostrato che al 20% del campione è stato negato il lavoro a causa dello status di persona transgender e il 13% è stato licenziato per lo stesso motivo.

Altre indagini sugli effetti sulla salute mentale sulle persone transgender e di genere non conforme hanno riscontrato alti tassi di abuso di sostanze (48%), idee suicide (38%) e tentativi di suicidio (16%).

All'interno della minoranza sessuale troviamo anche individui bisessuali, i quali risultano essere di particolare interesse a causa di un fenomeno noto come "doppia discriminazione". Essa si verifica quando le persone bisessuali subiscono discriminazione non solamente da una, bensì da altre due comunità. Mentre le donne lesbiche e gli uomini gay sono discriminati dalla società eterosessuale, gli individui bisessuali si trovano a dover affrontare un doppio giudizio, uno da parte della comunità eterosessuale e uno da parte della popolazione LG. Per questo, le persone bisessuali sperimentano un maggiore abuso di alcol, idee suicide e tassi più elevati di esiti negativi per la salute mentale.

A livello internazionale esistono diverse scale di misurazione dell'omofobia interiorizzata, come l'*Internalized Homophobia Scale* o la *Short Internalized Homonegativity Scale*. Tuttavia, con riferimento alla letteratura nazionale se ne possono

individuare due: il *Multifactor Internalized Homophobia Inventory* (MIHI) elaborata da Flebus e Montano e la *Measure of Internalized Sexual Stigma* (MISS), elaborata da Lingiardi.

Il MIHI è composto da ottantacinque item suddivisi in sette fattori:

1. Paura del coming out: si riferisce alla paura di rivelarsi omosessuali e allo sforzo commesso per nascondere la propria identità sessuale.
2. Rimpianto: misura il grado di rimorso e insoddisfazione per non avere un altro tipo di orientamento sessuale, comprendendo il desiderio di cambiarlo.
3. Condanna morale: rileva l'idea che l'essere omosessuale sia immorale e conseguenza di un disturbo.
4. Omogenitorialità: si riferisce alla possibilità per le coppie omosessuali di diventare genitori.
5. Integrazione: include items relativi all'opportunità di essere inseriti attivamente nella popolazione LGBTQIA*.
6. Contro-pregiudizio: contiene il desiderio di una più ampia diffusione dell'accettazione dell'omosessualità da parte dei civili e delle istituzioni religiose e per un riconoscimento dei bisogni degli omosessuali.
7. Matrimonio egualitario: raccoglie il desiderio dell'istituto del matrimonio tra persone dello stesso sesso.

La MISS, invece, è una scala composta da diciassette items divisi in tre fattori. Essa ha due versioni aventi la medesima struttura, una per le donne lesbiche e una per gli uomini gay. Le tre dimensioni sono:

1. Identità: misura la propensione duratura ad avere un atteggiamento negativo verso sé stessi come omosessuali e a ritenere lo stigma sessuale come parte dell'identità personale.
2. Disagio sociale: riflette la paura di essere identificati pubblicamente, nella vita privata e professionale come omosessuali.
3. Sessualità: indica gli atteggiamenti pessimistici verso la qualità e durata delle relazioni intime delle persone omosessuali nonché la concezione negativa dei loro comportamenti sessuali.

È fondamentale comprendere anche come gli adolescenti LGBTQIA* affrontano il

minority stress, dato che i fattori di stress legati all'orientamento sessuale sono un indicatore chiave del benessere. Sono molteplici le forme di coping che si sono dimostrate efficaci per la salute mentale: i meccanismi di coping sono definiti come strategie che le persone usano di fronte a eventi stressanti o traumi come aiuto per gestire le emozioni; sono, quindi, meccanismi che supportano le persone in modo che superino gli eventi stressanti, aiutandole nel contempo a mantenere il loro benessere emotivo.

Concentrando l'attenzione sul coping adolescenziale, la letteratura pone l'attenzione su due aree: le risposte di coping e le strategie di coping, prevedendo l'utilizzo di molteplici modelli. La teoria di Skinner e Zimmer-Gembeck del 2007 comprende dodici "famiglie" di coping: problem-solving, ricerca di informazioni, impotenza, fuga, fiducia in sé stessi, ricerca di supporto, delega, isolamento sociale, accordo, negoziazione, sottomissione e opposizione. Le tre famiglie più utilizzate dagli adolescenti comprendono la ricerca di un supporto, la risoluzione dei problemi e la distrazione; una quarta famiglia che emerge dagli studi è la fuga, anche se le incongruenze tra le ricerche rendono difficile trarre una conclusione sulla prevalenza di tale strategia. Le strategie di ricerca di un supporto includono comportamenti quali la condivisione di un problema e la ricerca di un conforto; nell'adolescenza, la maggior parte dei giovani è in grado di identificare gli individui e le organizzazioni che possono aiutarli al meglio ad affrontare un particolare fattore di stress. Meyer ha rilevato che il supporto sociale impatta in modo particolarmente potente su individui appartenenti a minoranze sessuali; questi soggetti, se pienamente coinvolti nella comunità, tendono a confrontarsi con altri individui che appartengono allo stesso gruppo stigmatizzato invece che con membri della comunità dominante (in questo caso, quella eterosessuale), producendo un maggiore senso di benessere. Tale supporto all'interno del gruppo è fondamentale per le minoranze sessuali, in quanto, spesso, perdono il sostegno sociale più tradizionale (per esempio della famiglia).

Le strategie di problem solving, invece, sono di natura cognitiva ed includono il processo decisionale, la pianificazione, la riflessione e l'assunzione di una prospettiva; sono utilizzate dagli adolescenti più grandi, i quali hanno livelli avanzati di sviluppo cognitivo. Le strategie di distrazione vengono utilizzate con la stessa frequenza di quelle di ricerca di un sostegno, e riguardano il pensare ad altro o dimenticare il fattore di stress e tenersi occupati con altre attività.

Le strategie di fuga, invece, includono comportamenti simili alle strategie di distrazione,

ma sono reazioni più intense allo stress, e vengono impiegate quando l'adolescente sente che il fattore di stress è incontrollabile.

CAPITOLO III

ALCUNI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA POPOLAZIONE LGBTQIA*

3.1. Il Progetto Queersultoria a Padova

Il progetto Queersultoria è nato dal percorso del Fuxia Block, un collettivo transfemminista queer parte integrante di BiosLab, un laboratorio di autoformazione occupato da studenti, precari e disoccupati in cui si discute di lavoro, diritti, ricerca, ma soprattutto di corpi, desideri e relazioni.

La Queersultoria nasce in un contesto ben preciso: la salute ha assunto un nuovo significato, legato alla libertà di scelta sul proprio corpo, sulle relazioni affettive e sessuali e sulla riproduzione; in quei sistemi sanitari che considerano il corpo solo come un oggetto di patologizzazione, i movimenti transfemministi rivendicano la possibilità di riappropriarsi del proprio corpo e della cura di sé. La Queersultoria, dunque, risponde all'esigenza fondamentale di liberare i corpi da dispositivi di controllo, costruendo nuovi spazi di autodeterminazione.

La Queersultoria è un ambiente autogestito che può dare informazioni e costruire strade di autogestione dei corpi, della sessualità e della salute partendo da un approccio che va oltre l'eteronormatività. Tra gli obiettivi principali figura quello di ridefinire il concetto di salute e di benessere sulla base dei bisogni personali; inoltre, mette in discussione la dicotomia di genere, rivendicando l'autodeterminazione delle relazioni sessuali e del corpo, slegandoli dall'obbligo di procreare percepito dalle persone e dall'obbligo di costruzione di una famiglia eteronormata.

I primi esperimenti sono stati portati avanti attraverso dei cicli di incontri, volti a comprendere il funzionamento generale dei servizi sanitari esistenti. Il primo seminario si è svolto con la presenza di professionisti che lavorano a fianco a studenti universitari e consulenti familiari; il confronto con queste figure ha permesso la comprensione del funzionamento dei servizi esistenti, con i relativi limiti. Altri incontri, invece, sono stati svolti con altri esperti "spogliati" del loro ruolo istituzionale e medico.

La Queersultoria è anche riuscita a mappare i servizi offerti dalle strutture sanitarie del padovano, con particolare riferimento alle possibilità di procedere con un'interruzione volontaria di gravidanza e agli spazi nei quali trovare informazioni complete circa l'identità sessuale, l'orientamento sessuale e il percorso di transizione.

3.2. Il Protocollo operativo per la Promozione di Strategie Condivise finalizzate al Contrasto all'Omotransnegatività e per l'Inclusione delle Persone LGBT in Emilia-Romagna

Il lavoro portato avanti dal Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT mira a voler superare qualsiasi barriera discriminatoria nel territorio. Il percorso è iniziato nel 2017 con la sottoscrizione del Protocollo d'Intesa e, successivamente, con la sottoscrizione del Protocollo operativo per la promozione di strategie condivise finalizzate al contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT. Il testo presenta 86 condotte che le istituzioni firmatarie del Protocollo hanno assunto come impegno per evitare la discriminazione nei confronti della popolazione LGBTQIA*.

Come detto, gli atteggiamenti negativi verso le persone omosessuali e transgender derivano da pratiche sociali e istituzionali e, quindi, da un pregiudizio socialmente costruito; a tal proposito, le istituzioni giocano un ruolo fondamentale nel promuovere una cultura basata sull'accoglienza e il rispetto. Il Protocollo prende in considerazione, infatti, non solo le pratiche individuali, ma anche quelle istituzionali. Il raggiungimento degli obiettivi è stato suddiviso in due fasi:

1. la creazione di una convergenza sui principi condivisi e la consapevolezza che le discriminazioni LGBT rappresentano un serio problema sociale.
2. L'individuazione e l'adozione di pratiche volte a contrastare lo stigma e le discriminazioni.

Tra gli impegni assunti dai firmatari rientrano la promozione delle libertà individuali, dei diritti umani e civili e del principio di eguaglianza, la predisposizione di una bibliografia sui temi dell'identità sessuale, la promozione di attività di sensibilizzazione rivolte a dipendenti per prevenire e contrastare le discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere, fornendo strumenti operatori che potenzino l'accesso ai servizi ai soggetti LGBT; rientrano anche la formazione sull'uso di un linguaggio inclusivo e rispettoso, l'adozione della misura dell'ALIAS secondo la richiesta del dipendente in percorso di transizione di genere, la costruzione di incontro con l'Azienda USL per informazioni sulla somministrazione delle terapie ormonali e l'inclusione,

all'interno del Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT, di un medico con competenze specifiche in materia.

3.3. Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025

La strategia dell'UE per l'uguaglianza LGBTIQ, adottata dalla Commissione europea, rappresenta un passo importante nell'impegno dell'UE per garantire i diritti fondamentali delle persone LGBTQIA* e combattere la discriminazione. Con questa strategia, la Commissione europea si prepara a svolgere un ruolo più incisivo nella difesa e nella promozione dei diritti LGBTQIA*, definendo una serie di azioni e proposte legislative a tale scopo. Inoltre, le iniziative includono anche la partecipazione degli Stati membri su materie di competenza nazionale come, per esempio, lo scambio di buone pratiche sul riconoscimento legale del genere e sul divieto delle terapie di conversione.

Per implementare la strategia si farà uso dell'intersezionalità come principio trasversale: orientamento sessuale, identità di genere e caratteristiche sessuali sono considerate congiuntamente ad altri aspetti, quali il sesso, l'etnia, la religione, l'età, la disabilità. Tale principio spiega il ruolo che le intersezioni svolgono nella discriminazione: ad esempio, le persone LGBTQIA* con disabilità possono incontrare ulteriori difficoltà, in quanto l'ostacolo non è rappresentato solo dall'accettazione nella società in quanto LGBTQIA* ma anche da una mancanza di accessibilità nella stessa.

La strategia è suddivisa in quattro pilastri:

1. Combattere la discriminazione nei confronti delle persone LGBTIQ.
2. Garantire l'incolumità delle persone LGBTIQ.
3. Costruire società inclusive per le persone LGBTIQ.
4. Guidare la lotta a favore dell'uguaglianza delle persone LGBTIQ nel mondo.

Nella prima sezione, la Commissione europea si impegna a prendere misure in materia di non discriminazione, occupazione, protezione sociale, istruzione, salute e asilo; tra le proposte si annoverano l'attuazione della direttiva sulla parità in materia di occupazione, lo scambio di buone pratiche tra Stati membri sulla protezione contro la discriminazione SOGIESC, alcuni sostegni alla ricerca anche in ambito di salute, incoraggiando gli Stati membri ad organizzare corsi di formazione per gli operatori sanitari, per evitare discriminazione e stigmatizzazione; in questo contesto, il programma dell'Unione

europea, denominato Orizzonte Europa, fornisce supporto agli studi di genere e alle ricerche sui bisogni delle persone LGBTQIA*. La Commissione, in conclusione, si assume l'impegno di divulgare gli esiti delle ricerche, organizzando anche una conferenza a livello europeo attraverso la piattaforma europea per la politica sanitaria.

Nella seconda sezione, il focus riguarda i crimini d'odio, l'odio online e i servizi di assistenza alle vittime; si fa riferimento, quindi, ad un'iniziativa volta ad estendere l'elenco dei crimini d'odio per motivi di SOGIESC e la piena attuazione della strategia dell'UE sui diritti delle vittime. Inoltre, tra gli obiettivi primari figura il divieto di pratiche dannose, come interventi chirurgici non vitali e su bambini e adolescenti senza il loro consenso, la medicalizzazione forzata delle persone transessuali e le terapie di conversione; a tal proposito, la Commissione promuoverà lo scambio di buone pratiche tra gli Stati membri su come porre fine a tali interventi. Inoltre, includerà anche una prospettiva intersezionale nella raccomandazione sulle pratiche dannose contro le donne e le ragazze, come l'aborto forzato e la sterilizzazione forzata.

Nella terza sezione, l'impegno della Commissione europea riguarda la garanzia della libertà di movimento, attraverso la revisione delle linee guida sulla libera circolazione in modo tale da garantire l'inclusione delle persone LGBTQIA* e delle famiglie arcobaleno, la raccolta di prove circa i problemi che gli individui LGBTQIA* devono affrontare nel godimento della libertà di circolazione, misure a sostegno del riconoscimento reciproco delle unioni omosessuali in situazioni transfrontaliere.

L'ultima sezione, invece, prevede un impegno chiaro sui diritti LGBTQIA* nelle relazioni esterne, sia a livello politico sia tecnico. L'obiettivo viene portato avanti tramite l'utilizzo di vari strumenti, come la condivisione delle migliori pratiche in materia di lotta alla discriminazione oltre i confini dell'UE, attraverso la collaborazione con il Consiglio d'Europa, le Nazioni Unite e altri organismi internazionali e regionali, la costruzione di partenariati internazionali basati sui principi di eguaglianza e non discriminazione, finanziamenti a favore di organizzazioni della società civile e sostegno ai difensori civici dei diritti umani LGBTQIA*.

3.4. Il progetto dell'UE HEALTH4LGBTI

Health4LGBTI è un progetto pilota finanziato dall'Unione europea con lo scopo di ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario vissute dalle persone LGBTI. La sua

implementazione ha avuto inizio nel marzo 2016 e si è conclusa due anni più tardi, nel marzo 2018, ed è stato guidato dall’Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona, in associazione con EuroHealthNet, l’Università di Brighton, il National Institute for Public Health-National Institute of Hygiene e ILGA-Europe.

Gli obiettivi del progetto miravano ad accrescere la comprensione del modo migliore per ridurre le disuguaglianze sanitarie specifiche vissute dalla popolazione LGBTI, concentrandosi in particolare sulla sovrapposizione delle disuguaglianze derivanti sia da discriminazione sia dal trattamento iniquo per altri motivi (come età, etnia, disabilità). Inoltre, il progetto mirava a fornire agli operatori sanitari europei strumenti idonei per consentire loro di sviluppare conoscenze e competenze per superare questi ostacoli.

All’interno del progetto sono state svolte diverse attività, tra cui:

- a. Uno studio sulle disuguaglianze sanitarie affrontate dagli individui LGBTI e sugli ostacoli incontrati dagli operatori sanitari.
- b. Numerosi focus group per mappare le barriere incontrate dalla popolazione LGBTI e dal personale sanitario.
- c. Lo sviluppo di un percorso formativo volto ad aumentare le conoscenze e competenze degli operatori sanitari nel loro approccio con persone LGBTI.
- d. Un convegno europeo conclusivo volto ad incrementare la consapevolezza sul tema in questione.

Le attività hanno confermato che le persone LGBTI continuano a dover affrontare barriere e discriminazioni nella sanità e hanno anche dimostrato che c’è una carenza di ricerca circa i loro specifici bisogni sanitari. I risultati del progetto invitano i policy makers a prendere misure per garantire che le persone LGBTI possano avere un accesso all’assistenza sanitaria adatta alle loro esigenze, che sia incentrata sul paziente e inclusiva.

Tra i partners del progetto troviamo ILGA-Europe, un’organizzazione che lavora per garantire una protezione legale efficace contro ogni forma di discriminazione in ambiente sanitario. Tra i suoi compiti, emerge anche quello di rafforzare la legislazione e le politiche europee aumentando le conoscenze dei policy makers circa le questioni della salute LGBTQIA*. Il lavoro consiste anche in una cooperazione a livello nazionale, identificando buone pratiche e cercando di renderle operative.

Le aree di interesse sono prevalentemente quattro:

1. Equo accesso all’assistenza sanitaria: essa include la promozione di un’accurata

raccolta di dati circa la discriminazione e la violenza che le persone LGBTI si trovano a dover affrontare nelle strutture sanitarie; inoltre, implica anche un'adeguata formazione degli operatori sanitari e degli studenti di medicina, e la diffusione di materiale di formazione sanitaria inclusiva basata sui diritti umani.

2. Salute LGBTI: l'associazione chiede la piena attuazione dell'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie, la possibilità per i medici di avere accesso alle linee guide mediche basate sui diritti umani e agli Standards of Care.
3. HIV e AIDS: in tutta Europa, i tassi di trasmissione del virus HIV sono elevati. Sono diversi i fattori che spiegano il motivo, come la continua discriminazione e lo stigma nei confronti della popolazione LGBTQIA*, che può portare a una bassa autostima e a diagnosi tardive. Per questo, ILGA-Europe sostiene le campagne sanitarie per combattere la diffusione dell'HIV e AIDS.
4. Salute mentale: per garantire un adeguato livello di salute mentale, ILGA-Europe sostiene l'inclusione di questioni specifiche LGBTQIA* nelle politiche per la salute mentale. A livello pratico, collabora con le ONG che si occupano di salute mentale per garantire l'inclusione delle persone LGBTI nel loro lavoro.

3.5. Il Progetto IENE 9: i modelli Papadopoulos per lo sviluppo del Curriculum LGBT*

Il programma IENE è stato istituito nel 2008. Da allora, nove progetti sono stati finanziati dall'Unione europea. Nell'ambito del progetto IENE9 Erasmus+ Strategic Partnership, con il supporto finanziario dell'Unione Europea, è stato creato il Modello Formativo Europeo per lo sviluppo di un curriculum LGBT* Culturalmente Competente e Compassionevole in ambito Educativo, Sociale e della Salute.

Come già affermato, i curricula delle istituzioni educative prendono in considerazione in modo limitato la diversità sessuale e di genere e, di conseguenza, gli operatori sanitari continuano a trascurare l'importanza dell'identità sessuale, dell'orientamento sessuale e della salute sessuale.

Lo sviluppo del modello formativo LGBT* (che funge da guida per lo sviluppo del curriculum LGBT* Culturalmente Competente e Compassionevole in ambito Educativo, Sociale e della Salute) è stato reso possibile grazie all'utilizzo, tra gli altri, di due particolari modelli:

1. Il modello Papadopoulos, Tilki and Taylor (PTT) per lo Sviluppo della Competenza Culturale.
2. Il Papadopoulos Model per lo sviluppo di operatori sanitari culturalmente competenti e compassionevoli.

Il modello PTT per lo Sviluppo della Competenza Culturale consiste in quattro fasi, ognuna caratterizzata da un costrutto diverso:

1. La prima fase è la consapevolezza culturale: il punto di partenza riguarda l'esame dei propri valori di base e credenze. Gli operatori sanitari si impegnano ad essere consapevoli dei loro valori e convinzioni sbagliate riguardo il sesso, il genere, l'identità di genere e l'orientamento sessuale, evitando, inoltre, di patologizzare l'orientamento non-eterosessuale. Sono altresì invitati ad informarsi circa l'impatto negativo dello stigma sociale, le forme relazionali atipiche, le esigenze di salute e benessere.
2. La seconda fase è la conoscenza culturale: per conoscere è sufficiente entrare in contatto con persone di differenti gruppi minoritari. Nel loro rapporto con i pazienti LGBT*, i professionisti sanitari devono tenere in considerazione il loro background: etnia, disabilità, età, genere possono determinare diverse esigenze.
3. La terza fase è la sensibilità culturale: riguarda il modo in cui i professionisti osservano le persone a loro affidate. In questo caso, il personale deve imparare a considerare i pazienti come dei partners, in cui il rapporto di fiducia, accettazione e rispetto è consolidato. Nella relazione con persone LGBT*, i medici sono tenuti a valutare la storia di vittimizzazione del paziente, così come le manifestazioni dello stigma sessuale interiorizzato.
4. La quarta ed ultima fase è la competenza culturale: prevede l'applicazione di tutte le fasi precedenti. In questo contesto, risultano molto importanti alcune capacità pratiche come la valutazione dei bisogni specifici e l'applicazione delle cure più adeguate. Un punto fondamentale in questa fase è l'abilità di riconoscere e affrontare la discriminazione legata all'orientamento sessuale, all'omo-, bi- e transfobia e ad altre forme di discriminazione verso l'identità di genere.

I valori alla base di questo modello sono basati su cinque pilastri: diritti umani, sistemi socio-politici, relazioni interculturali, etica umana, prendersi cura dell'altro.

Il secondo modello, il Papadopoulos Model per lo sviluppo di operatori sanitari

culturalmente competenti e compassionevoli, è stato elaborato sul solco del modello PTT; infatti, i costrutti relativi alla compassione sono stati uniti ai costrutti del modello PTT per la competenza culturale, ottenendo così:

1. Consapevolezza e Compassione Culturale: oltre alla ricerca della consapevolezza delle proprie identità e dei propri valori culturali, si aggiunge il bisogno di auto compassione.
2. Conoscenza e Compassione Culturale: riguarda sia l'esame critico di come le convinzioni culturali descrivono la propria nozione di compassione sia la riflessione su come le differenze e similitudini culturali si rapportano e incidono sulla compassione.
3. Sensibilità e Compassione Culturale: riguarda lo sviluppo di relazioni terapeutiche culturalmente sensibili e compassionevoli e la capacità di una persona di comunicare in modo efficace e appropriato.
4. Competenza e Compassione Culturale: è la sintesi e applicazione concreta delle precedenti fasi. Gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli dei diritti umani in modo tale da sostenerli, ma anche sufficientemente coraggiosi da opporsi ad ogni violazione degli stessi.

Come detto, l'insieme di questi due modelli ha portato alla creazione del Modello Formativo Europeo, il quale, a sua volta, ha portato all'elaborazione del Curriculum Formativo. Il Curriculum è un documento che descrivere l'approccio e le modalità di implementazione del corso di formazione online per operatori sanitari. Gli obiettivi, infatti, sono lo sviluppo di una consapevolezza dei bisogni LGBT*, una maggiore conoscenza delle legislazioni e linee guida nazionali ed europee in materia di educazione inclusiva LGBT*, l'acquisizione di competenze per la costruzione di un dialogo positivo e un ambiente inclusivo per i pazienti LGBT.

3.6. L'organizzazione americana OutCare Health

Il fondatore dell'associazione OutCare Health, il Dottor Dustin Nowaskie, ha creato OutCare Indiana dopo aver notato un tema ricorrente nella popolazione LGBTQIA* dell'Indiana, ovvero il fatto che la maggior parte non accedeva alle cure perché timorose che il medico avrebbe posto loro domande sulla loro sessualità e li avrebbe giudicati. Nel

tentativo quindi di migliorare l'assistenza sanitaria LGBTQIA*, è stata fondata OutCare Health, un'organizzazione americana no-profit che ha lo scopo di fornire informazioni, istruzione e formazione complete sull'assistenza sanitaria per le persone LGBTQIA*. L'impresa più notevole di OutCare, l'OutList, è un elenco nazionale online di operatori sanitari che si identificano come culturalmente competenti nella cura della comunità LGBTQIA*.

La *mission* consiste nel raggiungere l'accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità per la popolazione LGBTQIA*; per questo, dal 2015, l'associazione supporta le persone LGBTQIA* a livello individuale promuovendo l'equità sociale. L'associazione supporta le comunità pubbliche, accademiche e mediche; a livello di comunità, OutCare fornisce opuscoli informativi a studenti, docenti, personale, organizzazioni e cliniche e organizza anche eventi volti ad educare il pubblico. A livello accademico, invece, l'organizzazione è impegnata nella lotta per riformare l'istruzione e fornire formazione adeguata sui bisogni LGBTQIA*.

I valori fondanti di OutCare Health sono:

1. L'equità sanitaria per tutti, indipendentemente da fattori come l'etnia, l'identità di genere, l'orientamento sessuale e lo status socioeconomico.
2. La tutela della dignità della popolazione LGBTQIA*.
3. L'accesso a informazioni e risorse sanitarie.
4. Le relazioni di collaborazione tra operatori sanitari, istituzioni e comunità.
5. La costruzione di una comunità di supporto sociale e sanitario per la popolazione LGBTQIA*.

I loro corsi di formazione sono studiati per migliorare le conoscenze, le abilità e le strategie riguardanti l'assistenza e l'equità sanitaria LGBTQIA*, le prestazioni lavorative e i risultati a livelli di paziente e dipendente. Sono corsi che mirano a fornire conoscenze su come comunicare e creare ambienti di affermazione per le persone LGBTQIA* con maggiore sensibilità e affermazione affrontando le lacune, identificando i bisogni attuali e integrando conoscenze e conoscenze aggiornate.

3.7. La piattaforma sanitaria digitale americana FOLX

FOLX è la prima piattaforma sanitaria digitale progettata per la comunità queer e trans,

con l'obiettivo di migliorare i servizi sanitari per le persone LGBTQIA*, fornendo prodotti e attività mediche queer e trans-specifiche.

La piattaforma offre tre pilastri che affrontano gli specifici bisogni medici delle persone queer e trans:

1. **Identità:** per le persone trans potrebbe essere difficile discutere di certi bisogni sanitari, come per esempio la riaffermazione di genere; per questo, il National Center for Transgender Equality ha rilevato che più del 50% degli individui transgender ha riferito di dover spiegare alcuni aspetti della assistenza specifica per transgender al personale sanitario. In questo pilastro, FOLX cerca di rimuovere questi ostacoli ricorrendo a medici che sono in grado di fornire terapie ormonali sostitutive e altri servizi a favore degli individui trans.
2. **Benessere e salute sessuale:** secondo il Center for American Progress, quasi il 19% delle persone LGBTQIA* evitano le cure mediche per paura di essere discriminate. Tuttavia, alcune condizioni di salute sessuale come l'HIV o l'HPV possono avere serie conseguenze se non diagnosticate o trattate adeguatamente. Per supportare gli individui LGBTQIA* nel loro benessere sessuale, FOLX offre una serie di servizi e prodotti come kit per le infezioni sessualmente trasmissibili, profilassi pre-esposizione per ridurre il rischio di HIV e il test HPV.
3. **Creazione della famiglia:** per le persone LGBTQIA*, il percorso di creazione di una famiglia può risultare molto complesso. Questo pilastro mira a fornire risorse e supporto alle persone LGBTQIA* che desiderano avere figli; i destinatari sono le coppie di donne che desiderano eseguire la fecondazione in vitro, le coppie di uomini che cercano un surrogato, un uomo trans che, dopo anni di ormoni, desidera avere figli.

CONCLUSIONI

Lo scopo dell'elaborato era quello di indagare le cause della discriminazione nei confronti della popolazione LGBTQIA*, con particolare riguardo agli effetti sulla salute fisica e mentale che ne derivano.

Dall'analisi effettuata è emerso come le principali cause di discriminazione e stigmatizzazione risiedano nella presenza di norme culturali e sociali che identificano l'orientamento non eterosessuale come una "devianza" innaturale; per tale motivo, le ricerche mostrano come le persone LGBTQIA* siano più inclini a soffrire di depressione, ansia e pensieri suicidi.

Tra i Paesi OCSE, che risultano essere fra i più tolleranti al mondo, l'intervistato medio non manifesta ancora una piena accettazione dell'omosessualità, con evidenti disparità tra gli Stati membri (in cui l'Italia si colloca tra i Paesi a minor tasso di accettazione); con riferimento alle persone transgender, invece, le indagini risultano essere ancora limitate. Da quanto emerge dalle ricerche effettuate nei Paesi OCSE, tuttavia, circa il 60% degli intervistati esprime un forte disagio nell'avere rapporti lavorativi, familiari o politici con soggetti appartenenti alla minoranza LGBTQIA*.

Il focus principale dell'analisi ha riguardato le difficoltà che le persone LGBTQIA* si trovano a dover affrontare nell'accesso all'assistenza sanitaria. Questi ostacoli, di natura sia personale che strutturale, sono la causa del rischio di non godere di una buona salute sia fisica che mentale, fenomeno identificato con il nome di *minority stress*. L'interpretazione di tale fenomeno spiega come lo stigma, il pregiudizio e la discriminazione creino un ambiente sociale stressante, tali da provocare problemi di salute mentale in soggetti appartenenti a minoranze. La popolazione LGBTQIA* presenta un rischio elevato di sviluppare stress e disturbi mentali, di conseguenza è importante comprendere quali fattori sono in grado di migliorare tale condizione; in questo modo, è possibile lavorare per la costruzione di programmi di intervento e prevenzione efficaci.

L'accesso all'assistenza sanitaria, inoltre, è aggravato dal fatto che il personale medico non possiede le competenze e le conoscenze adeguate a soddisfare i bisogni specifici dei pazienti LGBTQIA*, dato che la loro formazione è ancora troppo spesso basata su un approccio di tipo eteronormativo. Per tale motivo, negli ultimi anni, si stanno sviluppando diverse linee guida che hanno lo scopo di aiutare il personale sanitario a creare un

ambiente più inclusivo e sicuro per i pazienti LGBTQIA*. Ciononostante, sono ancora diffuse le terapie di conversione, servizi senza alcun fondamento medico-scientifico e vietate dalle norme sui diritti umani, che tentano di reprimere o cambiare la sessualità e l'identità di genere di un individuo. Queste pratiche, svolte tramite “trattamenti” come stupro, elettroshock e psicoterapia, hanno come unico risultato il danneggiamento della persona sia dal punto di vista fisico che mentale. Da un'indagine svolta su un campione di ottantatré persone oggetto di pratiche correttive, infatti, è emerso come non sia stato possibile rilevare cambiamenti nel loro orientamento sessuale o identità di genere; al contrario, gli unici effetti sono stati depressione, ansia, vergogna e idee suicide.

Negli ultimi tempi stanno emergendo un numero sempre crescente di realtà, associazioni e progetti a sostegno della popolazione LGBTQIA*, sia a livello nazionale che europeo e internazionale. Il loro scopo è quello di promuovere la diffusione del rispetto dei diritti delle persone LGBTQIA*, in assenza di interventi specifici da parte del legislatore nazionale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*, 2011
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_English.pdf

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Dichiarazione universale dei diritti umani*, 10 dicembre 1948
<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Assemblea generale delle Nazioni Unite, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 16 dicembre 1966
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

C. Gillespie, *6 Major Health Disparities Affecting the LGBTQ+ Community*, Health, giugno 2020
<https://www.health.com/mind-body/lgbtq-health-disparities>

Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa, *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe*, 2011
<https://rm.coe.int/discrimination-on-grounds-of-sexual-orientation-and-gender-identity-in/16809079e2>

Commissione Europea, *Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025*, novembre 2020
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0698>

Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*, Washington, National Academies Press, 2011
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22013611/>

Comune di Reggio Emilia, *Protocollo operativo per la Promozione di Strategie Condivise Finalizzate al Contrasto all'Omotransnegatività e per l'Inclusione delle Persone LGBT*, aprile 2019

https://www.ausl.re.it/allegati/protocollo%20operativo%20LGBT_Reggio%20Emilia.pdf

Coping Mechanisms, <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/coping-mechanisms>

C. Peroni, C. Veneri, B. Mura, *Queersultoria: esperimenti di welfare dal basso per un nuovo diritto alla salute e alla vivibilità*, DWF, no. 3-4, pp. 37-48, 2014
https://www.academia.edu/22881038/Queersultoria_esperimenti_di_welfare_dal_basso_per_un_nuovo_diritto_alla_salute_e_alla_vivibilit%C3%A0_DWF_n_3_4_2014_pp_37_48

C. Sisti, *In Italia il 10% dei giovani LGBT subisce ancora terapie di conversione*, Elle, 2022
<https://www.elle.com/it/magazine/women-in-society/a38997646/giovani-lgbt-italia-terapie-di-conversione/>

C. Yen, Y. Huang, M.N. Potenza, T. Tsai, C. Lin, H.W.H. Tsang, *Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men (MISS-LG) in Taiwan: Psychometric Evidence from Rasch and Confirmatory Factor Analysis*, International Journal of Research and Public Health, vol. 18, no. 24, dicembre 2021
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34948970/>

D'Ippolito C., Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGBT in Italia*, Roma, Armando Editore, 2011

D. Rowe, Y.C. Ng, L. O'Keefe, D. Crawford, *Providers' Attitudes and Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health*, Federal Practitioner, vol. 34, no. 11, pp. 28-34, novembre 2017

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370394/>

- E. Boskey, *The Role of Minority Stress in Health Disparities*, verywellhealth, 2020
<https://www.verywellhealth.com/minority-stress-in-health-disparities-4691231>
- E. Vitale, R. Lupo, C. Clemente, A. Calabrò, M. Carvello, M. Ercolani, A. Benedetto, L. Conte, *Attitudes and perceptions on gender identity among Italian general population: a pilot investigatory study*, *Journal of Psychopathology*, vol. 28, pp. 75-85, 2022
<https://www.jpsychopathol.it/article/attitudes-and-perceptions-on-gender-identity-among-Italian-general-population:-a-pilot-investigatory-study/>
- G. B. Flebus, A. Montano, *The multifactor internalized homophobia inventory*, *TPM*, vol. 19, no. 3, pp. 219-240 settembre 2012
<https://www.tpm.org/wp-content/uploads/2014/11/19.3.5.pdf>
- G.M. Herek, *The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism*, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 5, pp. 316-333, settembre 1990
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/088626090005003006>
- Herek, et al., *Internalized stigma among sexual minority adults: insights from a social psychological perspective*, *Journal of Counseling Psychology*, 2009
https://www.researchgate.net/publication/232603390_Internalized_Stigma_Among_Sexual_Minority_Adults_Insights_From_a_Social_Psychological_Perspective
- How does affirmative therapy work?*, Pacific Oaks College, Agosto 2020
<https://www.pacificoaks.edu/voices/psychology/how-does-affirmative-therapy-work/>
- I.H. Meyer, *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*, *Psycho Bull*, vol. 129, no. 5, pp 674-697, settembre 2003
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>

ILGA-Europe Health, <https://www.ilga-europe.org/topics/health/>

ILGA-Europe, *Health4LGBTI reducing health inequalities experienced by LGBTI people*, marzo 2018

<https://www.ilga-europe.org/campaign/health4lgbti-reducing-health-inequalities-experienced-by-lgbti-people/>

ILGA-Europe, *How EU policymakers can play their part in essential healthcare for LGBTI people*, febbraio 2018

<https://www.ilga-europe.org/news/how-eu-policymakers-can-play-their-part-in-essential-healthcare-for-lgbti-people/>

ILGA-Europe, *The EU LGBTIQ strategy at a glance*, novembre 2020

<https://www.ilga-europe.org/blog/the-eu-lgbtiq-strategy-at-a-glance/>

ILGA-Europe, *The European Countries fighting against “conversion therapies”*, agosto 2022

<https://www.ilga-europe.org/blog/the-european-countries-fighting-against-conversion-therapies/>

Istat, *la popolazione omosessuale nella società italiana*, 2012

<https://www.istat.it/it/archivio/62168>

Istituto europeo per l'eguaglianza di genere, heteronormativity

<https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1237>

I. Trispiotis, C. Purshouse, “Conversion Therapy” As Degrading Treatment, Oxford Journal of Legal Studies, vol. 42, no 1, pp. 104-132, 2022

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35264896/>

J.M. Macchia, *Coping Self-Efficacy as a Potential Moderator of the Relationship Between Sexual Orientation and Negative Mental Health Outcomes*, Old Dominion University,

agosto 2020

https://digitalcommons.odu.edu/psychology_etds/359/

K. Hall, *FOLX Is The First Digital Healthcare Platform For Queer and Trans Community*, verywellhealth, dicembre 2020

<https://www.verywellhealth.com/folx-digital-healthcare-platform-queer-and-trans-community-5089100>

K.L. Eckstrand, J.M. Ehrenfeld, *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare*, Springer, 2016

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-19752-4>

LGBTQ+ Health Disparities, Cigna

<https://www.cigna.com/knowledge-center/lgbt-disparities>

L'Omofobia Interiorizzata secondo il Modello del Minority Stress, Istituto Beck, 2017

<https://www.istitutobeck.com/beck-news/omofobia-interiorizzata-secondo-modello-del-minority-stress>

M.L. Hendricks, R.J. Testa, *A Conceptual Framework for Clinical Work With Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaption of the Minority Stress Model*, *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 43, no. 5, pp. 460-467, 2012

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0029597>

M. Stefanelli, *I vari livelli di stigma sessuale: in che modo l'eterosessismo compromette la salute mentale delle persone LGBTQ*, Istituto Beck, 2019

<https://www.istitutobeck.com/beck-news/livelli-di-stigma-sessuale>

M.V.L. Badgett, R. Sell, *A Set of Proposed Indicators for the LGBTI Inclusion Index*, New York: UNDP, 2018

https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/ENGLISH_LGBTI_index_march2019.pdf

National Center for Transgender Equality, <https://transequality.org/>

National LGBT Health Education Center, *Providing inclusive services and care for LGBT people. A Guide for Health Care Staff*
<https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/learning-guide/>

N.D. Casolare, *omofobia: tra stigma, pregiudizio ed esclusione morale*, SInAPSi, 2013
https://www.sinapsi.unina.it/morale_bullismoomofobico

Organizzazione OutCare Health, <https://www.outcarehealth.org/>

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, Paris, marzo 2019
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2019_soc_glance-2019-en

Pan American Health Organization, *“Cures” for an illness that does not exist. Purported therapies aimed at changing sexual orientation lack medical justification and are ethically unacceptable*
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Conversion-Therapies-EN.pdf>

P. de Perini, *Commissario per i diritti umani*, Centro Diritti Umani, Padova, 2012
<https://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/Commissario-per-i-diritti-umani/186>

Progetto Chroniqueers, <http://chroniqueers.it/>

Progetto IENELGBT+, <https://iene-lgbt.com/>

Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo, <https://www.undp.org/>

P.R. Pérez, R.L. Liria, A. Pezzella, I. Papadopoulos, *Curriculum Formativo*, IENELGBT+, agosto 2020

https://iene-lgbt.com/wp-content/uploads/2020/10/ITA_IENE-9_IO3_Training_Curriculum_24.09.2020.pdf

P.R. Pérez, R.L. Liria, A. Pezzella, I. Papadopoulos, *Modello di Formazione Europeo per lo sviluppo di un curriculum LGBT+ culturalmente competente e compassionevole in ambito educativo, sociale e della salute*, IENELGBT+, luglio 2020

https://iene-lgbt.com/wp-content/uploads/2020/10/ITA_IENE9_IO3_Training_Model_24.09.2020.pdf

R. Baiocco, S. Ioverno, R. Cerutti, F. Santamaria, L. Fontanesi, V. Lingiardi, E. Baumgartner, F. Laghi, *Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: The role of internalized sexual stigma*, *Psicothema*, vol.5, no. 4, pp. 490-496, 2014

https://www.researchgate.net/publication/267731654_Suicidal_ideation_in_Spanish_and_Italian_lesbian_and_gay_young_adults_The_role_of_internalized_sexual_stigma

R.B. Toomey, C. Ryan, R.M. Diaz, S.T. Russell, *Coping with Sexual Orientation-Related Minority Stress*, *J Homosex*, vol. 65, no. 4, pp. 484-500, 2018

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5656566/>

S. Bothra, *What Is Affirmative Therapy*, Thrive,

<https://thriveglobal.com/stories/what-is-affirmative-therapy/>

S. Salvaneschi, *Minority stress: uno spettro nella comunità LGBT*, *BussoleLGBT*, 2016

<https://www.bussolelgbt.it/2016/04/17/minority-stress-uno-spettro-nella-comunita-lgbt/>

Unione Europea, Istituto europeo per l'uguaglianza di genere

https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/eige_it

Wikipedia, stigmatizzazione,

[https://it.wikipedia.org/wiki/Stigmatizzazione_\(scienze_sociali\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Stigmatizzazione_(scienze_sociali))

World Professional Association for Transgender Health, *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People*, 7th Version, 2012

<https://www.wpath.org/publications/soc>