



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**Interventi formativi per lo sviluppo di competenze culturali in
ambito sanitario a favore della salute delle persone LGBTQ+.**

Una revisione della letteratura.

Relatore: Prof. a c. Liziero Luciano

Correlatrice: Dott.ssa Padrin Simonetta

Laureanda: Vaccari Irene

Matricola: 2000447

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Background. Le persone LGBTQ+ sono maggiormente esposte a subire disparità, stigmatizzazione e discriminazioni in ogni aspetto della vita quotidiana, incluso l'accesso e l'uso dei servizi sanitari, per sottoutilizzo e ritardo nell'assistenza sanitaria con importanti conseguenze in termini di salute. Barriere, disparità e rischi per la salute potrebbero essere mitigati dalla consapevolezza e dall'educazione degli operatori sanitari. Garantire i bisogni di salute e ridurre le disuguaglianze è importante per l'Infermiere che, nel rispetto del Codice Deontologico, si fa promotore della cultura della salute al fine di fornire un'assistenza inclusiva e consapevole.

Finalità e obiettivi. Questa revisione della letteratura propone un approfondimento sugli interventi formativi rivolti agli studenti e ai professionisti sanitari per lo sviluppo di competenze culturali a favore della salute delle persone LGBTQ+.

Materiali e metodi. È stata effettuata una ricerca di letteratura nelle seguenti banche dati: *Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)*, *PubMed*, *The Cochrane Library*, *CINAHL*, *Education Resources Information Center (ERIC)* e *Scopus*. Sono stati selezionati in totale 12 studi: n=3 revisioni sistematiche di studi quali-quantitativi, n=7 studi quasi-sperimentali pre-post test e n=2 studi pilota mixed-method. L'arco temporale degli studi va dal 2014 al 2024.

Risultati. Dalla letteratura selezionata emerge che possono migliorare le competenze culturali lo sviluppo di quattro aree: conoscenza e sapere speculativo, abilità interpersonali e comfort dell'operatore sanitario, atteggiamenti manifesti e inconsci non discriminanti. Le modalità formative utilizzate negli studi sono state: lezioni didattiche, simulazioni ad alta fedeltà e *role playing*, corsi specifici e visione di film. In generale, questi interventi formativi si sono rivelati efficaci in termini di miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle abilità interpersonali con le persone LGBTQ+.

Conclusioni. La tematica della salute delle persone LGBTQ+ e la presenza nella formazione di base e continua in ambito medico e sanitario è di recente riscontro nella letteratura internazionale. Si è rilevato che sussiste la necessità di affrontare, nella formazione di base e continua, contenuti e competenze in materia di salute e benessere per le persone LGBTQ+, con approcci multidisciplinari e multimodali.

Keyword: LGBTQ+ health, teaching methods, nurse cultural competence

INDICE

Introduzione	pag. 1
Capitolo 1. Promozione della salute delle persone LGBTQ+	pag. 3
1.1. Promozione della salute: concettualità	pag. 3
1.1.1. <i>Diritto all'accesso alle cure</i>	pag. 5
1.2. LGBTQ+: dimensione linguistica ed epidemiologia	pag. 7
1.2.1. <i>Significato dei termini</i>	pag. 7
1.2.2. <i>Epidemiologia: dati e limiti</i>	pag. 10
1.3. L'impatto sulla salute e sull'accesso alle cure	pag. 13
1.3.1. <i>Fattori di stress a scapito della salute mentale</i>	pag. 14
1.3.2. <i>Obesità</i>	pag. 14
1.3.3. <i>Rischio di cancro: screening e accesso alle cure</i>	pag. 15
1.3.4. <i>Infezioni sessualmente trasmissibili</i>	pag. 16
1.3.5. <i>Abuso di sostanze</i>	pag. 16
1.3.6. <i>Violenza da parte del partner</i>	pag. 17
1.4. Sensibilizzazione del personale sanitario	pag. 17
1.4.1. <i>Formazione ed etica nel Codice Deontologico</i>	pag. 17
1.4.2. <i>Strategia Nazionale LGBT+ 2022-2025</i>	pag. 18
1.4.3. <i>La formazione di base e post-base</i>	pag. 19
Capitolo 2. Materiali e metodi	pag. 21
2.1. Problema e obiettivo	pag. 21
2.2. Quesito di ricerca	pag. 21
2.3. Strategia di ricerca	pag. 22
Capitolo 3. Risultati della ricerca	pag. 25
3.1. Presentazione degli studi selezionati	pag. 25
3.2. Sintesi dei risultati	pag. 36
Capitolo 4. Discussione e conclusioni	pag. 41
4.1. Discussione	pag. 41
4.1.1. <i>Metodo didattico</i>	pag. 41
4.1.2. <i>Strumenti di valutazione utilizzati</i>	pag. 42
4.2. Limiti della ricerca	pag. 45
4.3. Confronto con gli esperti e implicazioni per la pratica	pag. 45
4.4. Implicazioni per la ricerca	pag. 46
4.5. Conclusioni	pag. 46
Bibliografia	pag. 49
Allegati	

INTRODUZIONE

La salute è un concetto complesso, il quale deve essere esplorato a partire dalla personale concezione che ciascuna persona ha di essa. Si deve essere in grado di intervenire sui fattori che influenzano la salute degli individui e delle comunità e su quelli che potrebbero portare a disuguaglianze all'interno della popolazione. Lo Stato italiano tutela il diritto alla salute di tutti i suoi cittadini e lo fa attraverso il Servizio Sanitario Nazionale al fine di garantire un accesso giusto ed equo alle risorse per la salute.

Quando gli individui non si conformano alle relazioni o ai ruoli di genere etero-normativi stabiliti, il loro accesso e il controllo sulle risorse che contribuiscono alla salute possono essere ridotti. Ciò comporta barriere, disparità e discriminazioni con conseguenze per la loro salute. Tali disparità e stigmatizzazioni colpiscono in particolare la comunità LGBTQ+, la quale sperimenta spesso una qualità di vita più scadente in termini di salute rispetto alle persone eterosessuali e cisgender.

La condotta deontologica dell'Infermiere impone il prendersi cura delle persone nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo, prestando assistenza secondo i principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona. L'Infermiere si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Credendo che la formazione possa permettere di acquisire le conoscenze necessarie per sviluppare competenze anche di tipo culturale, si è cercato, attraverso una ricerca di letteratura, di capire quale tipo di aree tematiche possano essere sviluppate per permettere quel cambiamento necessario a garantire un'assistenza veramente equa e inclusiva.

Le motivazioni che mi hanno portata ad approfondire questo tema sono riconducibili principalmente a interessi personali; inoltre, è un argomento di recente rilevanza socioculturale e risonanza mediatica, in particolare tra le generazioni più giovani. Da queste ragioni è nato l'interesse di indagare il fenomeno nella letteratura scientifica, per comprendere e indagare l'efficacia della formazione di base e continua, degli Infermieri e in generale dei professionisti sanitari, sulla salute delle persone LGBTQ+, affinché possa esserci una maggiore inclusività e sensibilità nell'assistenza fornita a tale popolazione.

La tesi è strutturata in quattro capitoli, così articolati:

- capitolo 1: viene descritto il *background* del tema affrontato, con approfondimenti riguardo la promozione della salute, terminologia specifica, dati epidemiologici disponibili, riferimenti legislativi e formazione sanitaria attuale;
- capitolo 2: metodologia con materiali e strategie di ricerca;
- capitolo 3: presentazione dei singoli studi selezionati e tabelle riassuntive delle quattro aree di sviluppo e dei metodi formativi;
- capitolo 4: discussione delle caratteristiche degli studi, confronto con gli esperti e implicazioni per la pratica e per la ricerca.

Capitolo 1. Promozione della salute delle persone LGBTQ+

1.1. Promozione della salute: concettualità

Il concetto di “salute” è stato definito per la prima volta nel 1948 dall’Organizzazione mondiale della sanità (WHO) e definito come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consiste soltanto in un’assenza di malattia o di infermità”*.

Per conseguirlo l’individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l’ambiente o adattarvisi. Circa quaranta anni dopo, nel 1986, l’WHO presenta la Carta di Ottawa come risposta all’esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. Il documento si basa sulla teoria socio-ecologica della salute ponendo l’accento sul legame inestricabile tra l’uomo e i sottosistemi che compongono l’ecosistema nel quale vive (famiglia, comunità, ambiente fisico e socio-culturale) (ISS, 2018).

Nella definizione di Seppilli del 1966 venivano introdotti alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute: *“La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell’individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”*. Le parole “armonico equilibrio” all’interno della definizione danno una dimensione dinamica alla salute dove l’equilibrio diventa una costante giocata tra interno, capacità di controllo e situazione favorevole o sfavorevole dell’ambiente reale o percepita.

Nel 2008 la classe medica mondiale ha introdotto un nuovo concetto, forse più attuale, di salute. La nuova definizione presentata nel 2011 definisce la salute come *“la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”* (Huber et al., 2011).

La Carta di Ottawa definisce il concetto di “promozione della salute” come un processo sociale e politico globale. Comprende non solo azioni dirette a rafforzare le competenze e le capacità degli individui, ma anche azioni dirette a modificare i determinanti sociali, ambientali ed economici in modo da ottimizzare il loro impatto positivo sulla salute pubblica e personale. La promozione della salute è il processo che consente alle persone, individualmente e collettivamente, di aumentare il controllo sui determinanti della salute e quindi migliorare la loro salute (WHO, 2021).

La Carta di Ottawa ha individuato cinque aree di azione prioritarie:

- costruire una politica pubblica per la tutela della salute;
- creare ambienti capaci di offrire sostegno;
- rafforzare l'azione della comunità;
- sviluppare le capacità personali;
- riorientare i servizi sanitari (WHO, 2021).

Negli ultimi decenni, la presa di coscienza globale del rapporto di interdipendenza che si instaura tra ambiente e individuo ha fortemente influenzato sia le tematiche generali relative alla promozione della salute, sia gli studi che sono stati condotti al fine di comprendere le leggi che regolano l'adozione di stili di vita salutari e i processi di cambiamento dei comportamenti a rischio (ISS, 2018).

L'art. 7 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche sulla cultura della salute recita: *“L’Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell’ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività”* (FNOPI, 2019). In questo articolo si pone l'accento sulla funzione dell'infermiere nell'ambito della promozione della salute e dell'educazione sanitaria, in continuità con i dettami del Profilo professionale e con l'assunto che pone la salute come fenomeno di interesse della disciplina infermieristica, con una logica proattiva e partecipativa. Promuovere la salute degli individui e della collettività significa innanzitutto riconoscere che la salute è un costrutto complesso, il quale deve essere esplorato a partire dalla personale concezione di salute di ciascun individuo, come già affermato nell'art. 3 del Codice Deontologico. Si deve quindi essere in grado di intervenire sui fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (definiti *determinanti della salute*) e su quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (*determinanti delle disuguaglianze nella salute*). Intervenire su questi determinanti significa dunque orientare le azioni professionali in particolar modo sui fattori modificabili, cioè quelli che possono essere corretti e trasformati, come gli stili di vita individuali, le reti sociali, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Gli infermieri si impegnano inoltre a trasformare le politiche di salute, facendo sì che tengano sempre più in considerazione i mutamenti dovuti al cambiamento demografico,

alle migrazioni e al cambiamento climatico, oltre che garantire il coinvolgimento sistematico delle persone e delle comunità.

Gli infermieri, in veste di professionisti della salute e di cittadini, hanno l'obbligo morale e non solo legale, di non lasciare spazio a differenze nell'erogazione dell'assistenza, affrontando le sfide relative alle disuguaglianze nella salute, per dare concrete risposte di assistenza sanitaria e sociale, anche attraverso l'impegno a garantire un'equa assistenza che sappia tenere conto delle differenze in termini di risorse residuali, di criticità relazionali, di barriere culturali (FNOPI, 2020)

1.1.1. Diritto all'accesso alle cure

Lo Stato italiano tutela il diritto alla salute di tutti i suoi cittadini, infatti il primo comma dell'art. 32 della Costituzione Italiana (1948) recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

La Costituzione Italiana, con tale articolo, stabilisce i principi fondamentali per la tutela della salute, intesa come diritto dell'individuo e di interesse della società. La tutela della salute è così contemplata sotto un duplice profilo: da un lato viene affermato il diritto dell'individuo al recupero della piena efficienza fisica e funzionale (tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo); dall'altro viene riconosciuto e sancito il preciso interesse della collettività ad avere nei suoi vari settori individui pienamente validi (tutela della salute come interesse della società) (Bacchini & Vespignani, 2009).

L'articolo racchiude, pertanto, una molteplicità di significati: il diritto all'integrità psico-fisica e a vivere in un ambiente salubre, ma anche il diritto alle prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti e quello a non ricevere trattamenti sanitari, se non di carattere obbligatorio volti a tutelare non già solo il destinatario, ma soprattutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale. La norma introduce la categoria del diritto a usufruire di prestazioni (*“e garantisce cure gratuite agli indigenti”*), mentre nella parte finale si atteggia come elencazione di libertà negative, ponendo dei limiti al legislatore ordinario (*“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*) (Positano, 2022).

La tutela del diritto alla salute sul territorio nazionale viene garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che assicura cure sanitarie alla collettività, perseguendo attività di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica, secondo i principi dell'universalità, dell'uguaglianza e dell'equità (Legge n. 833/1978). Infatti, in accordo con i principi dell'WHO, il diritto alla salute non può essere negato su base discriminatoria. Tuttavia, va ricordato che il diritto alla salute non si esaurisce nelle sole prestazioni sanitarie, ma anche nell'educazione e nella sensibilizzazione della popolazione.

I concetti di salute, malattia e cura sono fortemente influenzati da variabili culturali e sociali, che implicano notevoli differenze sul piano delle politiche socio-sanitarie, della prevenzione e del trattamento di una patologia, a seconda del Paese in cui la malattia si manifesta. Per fare alcuni esempi significativi, si può richiamare il problema della relazione tra personale sanitario e pazienti e quello relativo all'accesso ai servizi sanitari, che mutano a seconda dell'organizzazione politica e della struttura sociale con profonde differenze tra Paesi. Accoglienza, informazione, tutela e partecipazione dei cittadini alla vita collettiva sono fattori rilevanti per l'analisi del livello di salute di una popolazione (Bacchini & Vespignani, 2009).

L'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani recita: *“Ogni individuo ha diritto a 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; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà”* e sottolinea l'importanza dell'equità nella salute (OHCHR, 1948).

L'equità nella salute è l'assenza di differenze ingiuste, evitabili o rimediabili nello stato di salute tra gruppi di popolazione definiti socialmente, economicamente, demograficamente o geograficamente. L'equità nella salute implica che tutti debbano avere un'equa opportunità di raggiungere la propria salute e che nessuno dovrebbe essere svantaggiato dal raggiungimento di questo potenziale. Le disuguaglianze nella salute sono fondamentalmente influenzate da determinanti sociali della salute. La promozione della salute rappresenta una risposta globale e adattabile all'ingiusta distribuzione delle opportunità nelle società e sostiene le azioni che affrontano il problema determinanti della

salute che guidano questa cattiva distribuzione. Una strategia fondamentale di promozione della salute è abilitare tutte le persone possano raggiungere il loro pieno potenziale di salute attraverso un accesso giusto ed equo alle risorse per la salute (WHO, 2021).

1.2. LGBTQ+: dimensione linguistica ed epidemiologia

Per includere in modo più esauriente possibile la gamma delle identità sessuali e di genere il termine ombrello che viene oggi adottato è l'acronimo LGBTQ+ (McCann & Brown, 2018) che sta per Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender e Transessuale, Queer e *Questioning*. Talvolta viene utilizzato anche l'acronimo LGBTQIA+ che include anche Intersessuale e Aessuale mentre il simbolo “+” abbraccia una moltitudine di altre identità di genere e orientamenti sessuali non specificamente elencati nell'acronimo (ISS & UNAR, 2020).

1.2.1. Significato dei termini

Quando ci riferiamo a persone LGBTQ+ è importante prestare attenzione alla terminologia che si utilizza poiché le dimensioni linguistiche, i concetti espressi tramite specifici linguaggi e i discorsi hanno un potente impatto sulla costruzione della realtà e, quindi, anche dello stigma e della discriminazione. C'è spesso una mancata conoscenza dell'esatto significato dei termini connessi all'orientamento sessuale e all'identità di genere, nonostante la grande ridondanza del loro uso attraverso la stampa e gli altri strumenti di informazione di massa (Scandurra et al., 2016).

Viene pertanto riportato un glossario utile a favorire la conoscenza e la comprensione di termini più ricorrenti relativi al mondo delle pluralità identitarie e delle questioni di genere. Alcuni termini comunemente usati includono:

Genere: termine che si riferisce alle caratteristiche definite socialmente che distinguono il maschile dal femminile vale a dire norme, ruoli e relazioni tra individui definiti come uomini e donne. Come costrutto sociale il genere varia da società a società e può cambiare nel tempo. Il termine “genere” non va confuso con il termine “sesso” (ISS & UNAR, 2020).

Sesso: il sesso di un individuo è definito da un insieme di caratteristiche biologiche con le quali una persona nasce, per esempio i cromosomi sessuali (XY per i maschi e XX per

le femmine), le gonadi (testicoli per i maschi e ovaie per le femmine), i genitali, gli ormoni sessuali. Una persona può nascere con caratteri sessuali maschili, femminili o più raramente non attribuibili a quelli tipicamente considerati maschili o femminili (**persone intersex**) (ISS & UNAR, 2020).

Identità di genere: l'identità di genere di un individuo può essere la stessa o diversa dal sesso assegnato alla nascita (Institute of Medicine, 2011). L'identità di genere è il concetto più intimo di sé dal punto di vista del proprio genere. Può essere descritto come un'auto-etichetta interna. Inoltre, poiché l'identità è una percezione interna, può non essere riconosciuta dagli altri. Il genere è spesso pensato come un **binario** maschio/femmina, il che significa che gli individui si identificano come maschio o femmina. Tuttavia, il genere è un termine generico e molti si identificano al di fuori di questo costrutto, incluso nessun genere. L'identità di genere comprende identità transgender (donne trans e uomini trans), non binarie, queer di genere, intersessuali, ecc. (Institute of Medicine, 2011; NCTE, 2014).

Non binario: quando l'identità di genere e l'espressione di genere non si allineano con le categorie di maschio o femmina, uomo o donna, viene utilizzato il termine non binario e include identità come genere-queer, agender, androgino, ecc. (Carroll, 2023).

Lesbica: termine che indica una donna con orientamento sessuale di tipo omosessuale (ISS & UNAR, 2020).

Gay: termine che indica un uomo con orientamento sessuale di tipo omosessuale (ISS & UNAR, 2020).

Omosessuale: una persona attratta emotivamente e/o sessualmente da persone dello stesso genere (ISS & UNAR, 2020).

Bisessuale: termine usato per indicare una persona attratta emotivamente e/o sessualmente sia da persone del proprio genere che da persone di un genere diverso (ISS & UNAR, 2020).

Questioning: il termine si riferisce a individui nel processo di determinazione del proprio orientamento sessuale e/o identità di genere, mettendo in discussione la presunzione predefinita di eterosessualità (Cyrus & Morrison, 2019).

Queer/genderqueer: termine riferito a quelle persone la cui identità di genere non si conforma alla concezione binaria del genere. Le persone genderqueer possono pensarsi sia come uomo che come donna (bigender, pangender); né come uomo né come donna

(*genderless, gender neutral, neutrois, agender*); possono fluttuare tra i generi (*genderfluid*); o identificarsi in un terzo genere (ISS & UNAR, 2020).

Transgender: termine generico, è talvolta abbreviato come “trans” o “trans*” e si riferisce a una persona la cui identità di genere differisce dal sesso assegnato alla nascita (Institute of Medicine, 2011). Gli individui transgender possono essere indicati come donne trans o donne transgender (un maschio genetico che si identifica come donna) o transmen o uomini transgender (una femmina genetica che si identifica come uomo). Le persone transgender possono scegliere di ricevere una terapia ormonale e/o sottoporsi a vari interventi chirurgici di affermazione di genere oppure no. Il transgender è un’identità di genere e non deve essere confuso con l’orientamento sessuale (Carroll, 2023). Il termine transgender dovrebbe sempre essere usato come aggettivo e non come sostantivo (ISS & UNAR, 2020).

Cis-gender: termine usato per indicare le persone la cui identità di genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita (ISS & UNAR, 2020).

Espressione di genere: il modo in cui viene vissuta l’identità di genere costituisce l’espressione di genere. In altre parole, “*il modo esteriore in cui un individuo esprime o mostra il proprio genere*”. Ciò può includere caratteristiche come abbigliamento, acconciatura, manierismi e linguaggio e può differire dalla propria identità di genere. Ciò può riflettersi nel desiderio di un individuo per l’uso di pronomi specifici: lei/lei; lui/lui/suo; loro/loro/loro; o una combinazione di questi scelta personalmente (Carroll, 2023).

Orientamento sessuale: l’orientamento sessuale è autodefinito e si riferisce alla propria attrazione emotiva, romantica e sessuale verso altre persone (Institute of Medicine, 2011). Pertanto, un singolo evento o desiderio sessuale non definisce l’orientamento sessuale di una persona. Storicamente, l’orientamento sessuale è stato pensato come una delle numerose categorie, tra cui eterosessuale, lesbica o gay e bisessuale. Tuttavia, molti percepiscono le proprie attrazioni come più fluide di così e non si identificano in queste categorie. Un tempo etichetta dispregiativa, il termine “queer” è stato adottato come auto-etichetta positiva ed è riconosciuto come più fluido (meno limitante) rispetto alla scelta di una delle categorie di cui sopra, sebbene alcuni individui trovino il termine offensivo. Altre categorie di orientamento sessuale emerse sono pansessuale, asessuale e onnisessuale (Carroll, 2023).

Comportamento sessuale: il comportamento sessuale abbraccia uno spettro di attività romantiche e/o sessuali e pertanto non è chiaramente classificato. Il comportamento sessuale non è la stessa cosa dell'orientamento sessuale. Ad esempio, la frase “*donne che fanno sesso con donne*” descrive solo un'azione, un comportamento e non un orientamento. Anche il comportamento sessuale può cambiare nel tempo. Gli studi che hanno esaminato le lesbiche autoidentificate mostrano un'ampia gamma di comportamenti sessuali (ad esempio, partner dello stesso sesso, partner sessuali opposti o diversi, o entrambi) (Bailey, Farquhar, Owen & Whittaker, 2003). Inoltre, l'attuale *partnership* potrebbe non riflettere il precedente comportamento sessuale di un individuo. Il comportamento potrebbe non essere concorde con l'autoidentificazione (Institute of Medicine, 2011). Ad esempio, una lesbica che si autoidentifica può anche essere attratta e fare sesso con uomini e/o individui che si identificano come non binari, transgender, ecc. (Carroll, 2023).

1.2.2. Epidemiologia: dati e limiti

Ottenere informazioni accurate sulla prevalenza delle minoranze sessuali e di genere è difficile perché genere, sesso e comportamento non sono la stessa cosa e le indagini sui censimenti nazionali storicamente non hanno indagato sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere. Negli Stati Uniti, gli individui gay e lesbiche furono riconosciuti per la prima volta come sottopopolazione nel censimento del 1990. I risultati della *Gallup Daily Tracking Survey* collocano la prevalenza delle persone LGBTQ+ al 4,5% della popolazione con un rapporto di genere tra il 42% degli uomini e il 58% delle donne (The Williams Institute, 2019). L'accuratezza di queste statistiche potrebbe variare a causa di individui che potrebbero non sentirsi a proprio agio nell'identificarsi o la cui identità o comportamenti sessuali non sono stati rappresentati accuratamente in questi sondaggi (Carroll, 2023).

I tassi di comportamento sessuale omosessuale sono più alti dei tassi di autoidentificazione come lesbica o bisessuale. Ad esempio, l'analisi del *National Survey of Family Growth* dal 2011 al 2013 ha riportato l'1,3% delle donne identificate come gay o lesbiche, ma il 17,4% delle donne ha riferito attività sessuale con individui dello stesso sesso, che include incontri singoli o frequenti (Copen et al., 2016).

Gli studi epidemiologici americani sui giovani appartenenti a minoranze sessuali, sebbene utilizzino misure molto diverse (Coker et al., 2010), riportano che dal 5 al 12% dei giovani delle scuole superiori riferisce attrazione o comportamenti omosessuali (Parmar et al., 2019; Rapoport et al., 2021). In un sondaggio americano condotto tra gli studenti delle scuole superiori, circa il 35% ha riferito di aver avuto contatti sessuali solo con persone del sesso opposto, il 2% solo con persone dello stesso sesso, il 6% con entrambi i sessi e il 57% ha riferito di non aver avuto alcun contatto sessuale (Mpofo et al., 2023).

Ogni esperienza quantitativa internazionale sui temi legati alle persone LGBTQ+ ha avuto i suoi punti di forza e di debolezza, ed ha contribuito allo sviluppo dello studio quantitativo di questa popolazione. Nella Figura 1.1. sono riassunte le esperienze di indagine sulla popolazione LGBTQ+ più significative condotte in diversi paesi extra-europei dagli Istituti Nazionali di Statistica (INS).

Paese	Caratteristiche
Australia	<ul style="list-style-type: none"> • Studi pionieristici dall'inizio degli anni 2000. Nel 2016 è stata introdotta la terza opzione sesso/genere • Nel 2017 Indagine postale sul diritto matrimoniale, ha evidenziato l'approvazione del matrimonio tra persone dello stesso sesso
Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Nel 2003 sono state introdotte domande sull'orientamento sessuale nel Community Health Survey • Nel 2006 ha considerato anche le questioni relative all'orientamento sessuale come parte del Censimento attraverso focus group • Nel 2018, sono stati pubblicati standard per indagare sul sesso alla nascita e sul genere nelle indagini sociali
Sub-continente indiano	<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento culturale di un terzo genere indigeno chiamato <i>Hijra</i> • L'omosessualità è stata illegale fino al 2018 (in India) • Il terzo genere è considerato nel censimento in India (2011) e in Pakistan (2017). Il Nepal ci sta ancora lavorando
New-Zealand	<ul style="list-style-type: none"> • Una lunga fase progettuale per introdurre le domande SOGI nelle schede di indagine • Questo lavoro mira a includere questi argomenti in tutte le indagini sociali e infine nel censimento del 2023 (dopo 2 rinvii)
UK	<ul style="list-style-type: none"> • ONS ha sviluppato le domande del Censimento 2021 su sesso e identità di genere. • Nel 2017, il Government Equalities Office ha lanciato un'indagine LGBT a livello nazionale (la più grande indagine nazionale sulle persone LGBT in tutto il mondo)
USA	<ul style="list-style-type: none"> • Le indagini statistiche ufficiali americane su LGBTQ+ sono ancora in corso (principalmente in LFS) • Le università e gli istituti di ricerca privati operano dagli anni '90 in questo campo

* Informazioni aggiornate al 31 dicembre 2020

Figura 1.1. Rassegna indagini statistiche relative alle persone LGBTQ+ dagli INS (Terribili, 2023)

Nel 2011 l'ISTAT ha condotto, per la prima volta, una rilevazione statistica sulle "Discriminazioni in base al genere, all'orientamento sessuale e all'appartenenza etnica", nella quale, tra l'altro, sono state rilevate le opinioni e gli atteggiamenti dei cittadini nei confronti degli omosessuali e delle persone transessuali, nonché le difficoltà che questi ultimi incontrano nella famiglia e nella società¹. In particolare, l'indagine è stata condotta su un campione di 7.725 famiglie distribuite in 660 comuni italiani. Per ciascuna famiglia

¹ La rilevazione è stata condotta con tecnica CAPI e questionario autocompilato tra giugno e dicembre 2011: l'intervista è stata svolta con un'intervista faccia a faccia in modalità CAPI solo per la parte relativa alle opinioni e ai comportamenti discriminatori, rimandando i quesiti sull'orientamento sessuale a un questionario per autocompilazione (ISTAT, 2012).

campione è stato intervistato un solo componente, estratto casualmente tra i componenti di età compresa tra i 18 e i 74 anni.

Secondo i risultati della rilevazione, circa un milione di persone (range: 889 mila e 1 milione 220 mila) si è dichiarato omosessuale o bisessuale (pari al 2,4% della popolazione residente), il 77% dei rispondenti si definisce eterosessuale, lo 0,1% transessuale. Il 15,6% non ha risposto al quesito, mentre il 5% ha scelto la modalità “altro”, senza altra specificazione. I dati raccolti, quindi, non possono essere considerati come indicativi della effettiva consistenza della popolazione omosessuale nel nostro Paese, ma solo di quella che ha deciso di dichiararsi, nonostante l'utilizzo di una tecnica che rispettava appieno la privacy dei rispondenti. Si dichiarano più gli uomini (2,6%) che le donne (2,2%), più nel Nord (3,1%) che nel Centro (2,1%) o nel Mezzogiorno (1,6%). Tra i giovani la percentuale arriva al 3,2% ed è del 2,7% per le persone di 35-44 anni e di 55-64 anni. Tra gli anziani la percentuale scende allo 0,7% (ISTAT, 2012).

Come avviene nelle ricerche scientifiche internazionali l'orientamento sessuale è stato rilevato oltre che tramite l'autodefinizione, anche attraverso altre dimensioni quali l'attrazione sessuale, l'innamoramento e l'aver avuto rapporti sessuali. Considerando tutte queste componenti, nel complesso si arriva ad una stima di circa 3 milioni di individui (6,7% della popolazione) per coloro i quali si sono apertamente dichiarati omosessuali/bisessuali o che, nel corso della loro vita, si sono innamorati o hanno avuto rapporti sessuali con una persona dello stesso sesso, o che sono oggi sessualmente attratti da persone dello stesso sesso (ISTAT, 2012).

Le indagini nazionali faticano a indagare in modo esaustivo l'identità di genere e l'orientamento sessuale, e problemi di riservatezza hanno spesso ostacolato il lavoro di istituti di statistica e di altri centri di ricerca quantitativa. In questo contesto, i singoli paesi europei hanno progressivamente abbandonato l'idea di stimare la percentuale di persone LGBT+ sulla popolazione complessiva, per concentrarsi sull'entità degli atteggiamenti dell'opinione pubblica nei confronti della comunità LGBT+: la magnitudo degli atteggiamenti virtuosi di inclusività, e di quelli negativi d'omofobia, sono diventati più interessanti, sia per i *policy maker* che per gli istituti nazionali di statistica, di quanto non lo sia il numero assoluto delle persone non eterosessuali e/o non cis-gender (Terribili, 2023).

1.3. L'impatto sulla salute e sull'accesso alle cure

Come sostenuto dalla comunità scientifica internazionale, l'omosessualità è una variante non patologica dell'orientamento sessuale. Nel 1973 l'*American Psychiatric Association* (APA) rimosse l'omosessualità dalla lista delle patologie mentali incluse nel Manuale Diagnostico delle Malattie Mentali (DSM). Questo cambiamento ha gradualmente influenzato tutta la comunità scientifica internazionale della salute mentale. Nel 1990, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha rimosso l'omosessualità di per sé dalla Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) (Montano & Rubbino, 2021).

Questo paradigma patologico storico ha contribuito notevolmente all'isolamento e alla stigmatizzazione degli individui appartenenti a minoranze sessuali da parte della comunità sanitaria. Inoltre, incontri giudicanti o insensibili con gli operatori sanitari e la presunzione di eterosessualità hanno scoraggiato comportamenti di ricerca della salute e hanno contribuito alla riluttanza dei pazienti a rivelare l'orientamento sessuale e sentimenti di invisibilità (Carroll, 2023).

Quando gli individui non si conformano alle definizioni, alle relazioni o ai ruoli di genere eteronormativi stabiliti, il loro accesso e il controllo sulle risorse che contribuiscono alla salute possono essere ridotti (WHO, 2015). Ciò può portare a barriere, disparità e rischi per la salute che potrebbero essere mitigati dalla consapevolezza e dall'educazione degli operatori sanitari. Queste disparità continuano a persistere. Uno studio sui dati del *National Health Interview Survey* statunitense ha riportato che il divario nello stato di salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria tra donne lesbiche ed eterosessuali non è cambiato dal 2013 al 2018 (Liu et al., 2023).

A causa di disparità, stigmatizzazione, discriminazione e precedenti esperienze negative con la comunità sanitaria, per esempio, le donne LGBTQ+ spesso sottoutilizzano i servizi di assistenza clinica e ritardano l'assistenza sanitaria rispetto alle donne eterosessuali (Liu et al., 2023; O'Hanlan, 1995). Inoltre, possono sorgere rischi differenziali di malattia a causa di comportamenti che potrebbero essere più comuni tra le persone LGBTQ+. Di conseguenza, hanno sperimentato una qualità della vita in termini di salute più scadente (Charlot et al., 2018), in associazione a tassi più elevati delle seguenti condizioni:

- negazione dei diritti civili e umani;
- discriminazione di genere e disturbi dell'umore;
- fattori di stress sociali e minoritari e stigmatizzazione;

- sentimenti di minore dignità e sicurezza;
- discriminazione della forza lavoro o disoccupazione;
- mancanza o riduzione del reddito e di altre risorse;
- non essere assicurato e non poter accedere all'assicurazione sanitaria del partner;
- condizioni mediche non trattate;
- ritardi nella richiesta di cure a causa dei costi;
- impossibilità di pagare i farmaci a causa dei costi;
- riduzione delle visite sanitarie preventive e degli screening, come le mammografie.

Non tutte le persone all'interno di una categoria o gruppo specifico sperimentano gli stessi problemi (Carroll, 2023).

Sebbene non esistano malattie specifiche che colpiscono le persone LGBTQ+, le disparità sanitarie che derivano dall'identificazione con un gruppo minoritario e i rischi associati a specifici comportamenti sanitari richiedono attenzione e considerazione. Numerose questioni che meritano una discussione includono fattori di stress che possono peggiorare il benessere mentale, obesità e disturbi dell'immagine corporea, malattie cardiovascolari e polmonari, rischio di cancro al seno e ginecologico, rischio di infezioni trasmesse sessualmente, abuso di sostanze e alcol e violenza da parte del partner (Roberts, 2018; ODPHP, 2020; NHS England, 2020).

1.3.1. Fattori di stress a scapito della salute mentale

Le fonti di stress per le persone LGBTQ+ includono la stigmatizzazione e la non accettazione da parte di familiari, colleghi e amici (Lick et al., 2013; Flentje et al., 2022). Tassi più elevati di suicidio, ansia e depressione sono più comuni nella popolazione LGBTQ+ in generale e in particolare per coloro che non hanno rivelato il proprio orientamento sessuale (Koh & Ross, 2006; Tran et al., 2023). Una revisione sistematica di 25 studi che confrontavano la salute mentale negli individui LGBTQ+ ed eterosessuali, ha riportato che le persone LGBTQ+ avevano un rischio di depressione e ansia aumentato di 1,5 volte e un rischio di tentativi di suicidio di 2,5 volte maggiore (King et al., 2008).

1.3.2. Obesità

Uno studio sui dati del *National Health Interview Survey* del 2013 e del 2014 che ha confrontato le donne LGBTQ+ con le donne eterosessuali, ha riportato che le donne

LGBTQ+ avevano una prevalenza di obesità superiore del 20% (definita come un indice di massa corporea ≥ 30 kg/m²) (Jackson et al., 2016). La relazione tra stress delle minoranze sessuali e obesità è complessa: esistono evidenze che l'elevata prevalenza di obesità tra le donne appartenenti a minoranze sessuali è data dallo stress cronico, la depressione e l'uso di alcol (Mason et al., 2015; Newlin et al., 2018) con importanti implicazioni sulla salute inclusi il diabete, le malattie cardiovascolari e l'ipertensione.

1.3.3. Rischio di cancro: screening e accesso alle cure

Uno studio del 2019 su oltre 1900 sopravvissuti al cancro (donne e uomini) ha riportato che le persone LGBTQ+ non solo hanno avuto difficoltà a sottoporsi allo screening per i tumori, ma hanno anche presentato un ridotto accesso alle cure una volta diagnosticato il cancro (Boehmer et al., 2019).

- Cancro al seno

Le persone LGBTQ+ sembrano avere un rischio e un'incidenza maggiori di cancro al seno, probabilmente attribuibile alla maggiore incidenza di sovrappeso o obesità, nulliparità o consumo eccessivo di alcol (Buchmueller & Carpenter, 2010; Boehmer et al., 2014; Mays & Cochran, 2001; Workowski & Bolan, 2015).

- Rischio di infezione da HPV

Le persone LGBTQ+ sono a rischio di infezione da HPV da parte di partner sia maschili che femminili (Reiter & McRee, 2017). In uno studio su 149 persone LGBTQ+, il DNA dell'HPV è stato rilevato nel 19% delle donne che non avevano riferito di aver avuto precedenti partner sessuali maschili (Marrazzo, 2000).

- Screening del cancro della cervice

Nonostante il rischio di infezione da HPV, le persone LGBTQ+ si sottopongono allo screening per il cancro della cervice con frequenza inferiore alle donne eterosessuali (Valanis et al., 2000; Stenzel et al., 2022). In uno studio su quasi 250 persone LGBTQ+, le ragioni addotte per non sottoporsi allo screening del cancro cervicale includevano la mancanza di assicurazione sanitaria, precedenti esperienze sanitarie negative e la convinzione che il Pap test non fosse necessario (Marrazzo et al., 2001; Greene et al., 2019).

- *Screening del cancro ovarico*

Le persone LGBTQ+ presentano rischi teorici più elevati di sviluppare il cancro ovarico rispetto alle donne eterosessuali a causa dell'aumento dei tassi di nulliparità e della diminuzione dell'uso di contraccettivi ormonali e nonostante ciò le donne della popolazione LGBTQ+ si sottopongono allo screening con frequenza inferiore alle donne eterosessuali (Dibble et al., 2002).

1.3.4. Infezioni sessualmente trasmissibili

Alcuni studi suggeriscono che alcune persone LGBTQ+, in particolare le donne più giovani e le donne che hanno anche rapporti sessuali con uomini, potrebbero essere maggiormente a rischio di malattie sessualmente trasmissibili, compreso il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) (Koh et al., 2005; Goodenow et al., 2008). Gli studi riportano che l'attività sessuale tra le persone LGBTQ+ avviene spesso senza profilassi contro le malattie sessualmente trasmissibili (Marrazzo & Stine, 2004; Lemp et al., 1995; Diamant et al., 1999).

Una revisione sistematica di 14 studi che hanno valutato i fattori di rischio per la Vaginosi Batterica (VB) tra persone LGBTQ+ ha riportato un'associazione tra la VB e un numero più elevato di partner sessuali femminili, sia nel corso della vita che nei tre mesi precedenti (Forcey et al., 2015). Per ragioni che rimangono poco chiare, il sesso orale-genitale, il sesso orale- anale e i giocattoli sessuali possono essere fattori di rischio più importanti per l'infezione rispetto al sesso con penetrazione peniena (Carroll, 2023).

1.3.5. Abuso di sostanze

Poiché le persone LGBTQ+ segnalano tassi più elevati di consumo di tabacco, esposizione al fumo passivo e uso di alcol e droghe (SAMHSA, 2023; King et al., 2008; Cochran et al., 2013; Evans-Polce et al., 2020). Una ricerca limitata suggerisce che esiste una certa associazione tra tassi più elevati di ansia, abuso di sostanze e depressione dovuti a fattori di stress legati alle minoranze di genere (Dyar et al., 2020). Una revisione sistematica di 25 studi che hanno confrontato individui LGBTQ+ ed eterosessuali ha riportato che le donne lesbiche e bisessuali avevano un rischio quasi quadruplo di abuso di sostanze (King et al., 2008).

1.3.6. Violenza da parte del partner

È considerata violenza da parte del partner sia quella psicologica, che fisica o sessuale, sia effettiva o minacciata da parte di un partner/coniuge attuale o ex. La violenza può verificarsi tra coppie eterosessuali o dello stesso sesso e non richiede intimità sessuale. Il *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010* del CDC ha evidenziato che il 61% delle donne bisessuali, il 44% delle donne lesbiche e il 35% delle donne eterosessuali ha subito violenza da parte del partner (stupro, violenza fisica e/o stalking) (Breiding et al., 2011).

1.4. Sensibilizzazione del personale sanitario

Per poter sensibilizzare il personale è consigliato promuovere percorsi di inclusione e rispetto delle differenze per il contrasto delle discriminazioni LGBTQ+ attraverso la formazione su tematiche specifiche nell'ambito della formazione di base, continua e della pubblica amministrazione (PA) (DPO & UNAR, 2022).

1.4.1. Formazione ed etica nel Codice Deontologico

Gli operatori sanitari hanno l'obbligo deontologico, sancito dal Codice Etico, di acquisire nuove conoscenze e competenze e di trasferirle nella pratica al fine di fornire assistenza di buona qualità. Secondo l'art. 16 quater del D. Lgs. n. 502/92, la partecipazione all'apprendimento permanente è un prerequisito per lo svolgimento di attività professionali sanitarie sia nel settore pubblico che in quello privato. Gli obiettivi formativi e i requisiti per ottenere l'accreditamento al fine di poter erogare corsi di formazione sono stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) insieme alla nuova Convenzione Stato-Regioni del febbraio 2017. A differenza di altri gruppi vulnerabili specificamente menzionati (ad esempio i migranti), nei documenti sopra citati non è incluso alcun riferimento esplicito alle persone LGBTQ+ e/o ai loro bisogni sanitari (Togni & Viggiani, 2020).

Il Codice Deontologico dell'Infermiere (2019) negli articoli 3², 5³, 6⁴, 10⁵ ribadisce con forza l'importanza del rispetto e della non discriminazione, della libertà di coscienza con la possibilità di ricorrere alla consulenza etica e dell'importanza della formazione.

1.4.2. Strategia Nazionale LGBT+ 2022-2025

La Strategia Nazionale LGBT+ 2022-2025 redatta dal Dipartimento per le Pari Opportunità e dall'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (2022), in coerenza con le convenzioni internazionali, le indicazioni dell'Unione Europea e la Costituzione della Repubblica Italiana, costituisce uno strumento attuale per la tutela dei diritti delle persone LGBTQ+ e promuovere la parità di trattamento e la non discriminazione. Al suo interno viene proposto un programma di azioni concretamente realizzabili che investono i principali ambiti della vita delle persone, tra cui appunto la salute.

In relazione al tema della salute delle persone LGBTQ+, la Strategia segnala la necessità di formazione per tutto il personale sanitario, con attenzione all'accoglienza della persona, all'informazione e alla sensibilizzazione. Alcune delle azioni proposte per raggiungere l'obiettivo di prevenire e contrastare lo stigma e la discriminazione all'interno dei servizi sanitari sono:

- formazione del personale sanitario, a partire dal percorso universitario, per un'adeguata accoglienza e presa in carico appropriata della persona;
- formazione del personale sanitario in merito alle persone intersessuali;

² **art 3: rispetto e non discriminazione.** L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

³ **art 5: questioni etiche.** L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

⁴ **art 6: libertà di coscienza.** L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione. L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

⁵ **art. 10: conoscenza, formazione, aggiornamento.** L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina. L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

- sviluppare un’offerta formativa multilivello inclusiva e comprensiva delle tematiche LGBT+;
- promuovere tesi e lavori di ricerca nelle università sulle tematiche LGBT+ (DPO & UNAR, 2022).

1.4.3. La formazione di base e post-base

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

Per quanto riguarda i contenuti dei curricula accademici delle professioni sanitarie, questi sono stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 270/2004 dove gli obiettivi di apprendimento e l’elenco dei corsi da coprire sono forniti distinguendo le diverse classi di laurea (Medicina e Chirurgia, Infermieristica, Psicologia, etc.).

Per ottenere un diploma di laurea gli studenti devono conseguire un determinato numero di crediti formativi: la maggior parte dei corsi sono obbligatori e il loro contenuto è uguale o molto simile per tutti i corsi di laurea/dipartimenti esistenti sul territorio nazionale. Vi sono altresì corsi opzionali che completano il curriculum, anche se a livello statale non vi è alcun riferimento alla popolazione LGBTQ+ e/o ai suoi bisogni sanitari, né negli obiettivi specifici di apprendimento né in corsi appositi.

Tuttavia, non si può escludere che argomenti riguardanti la salute delle persone LGBTQ+ possano essere inclusi come parte di un corso “denominato” con un nome diverso oppure trattati come un corso facoltativo, ad esempio “Disuguaglianze di salute e accesso alle cure sanitarie per le persone LGBTI”⁶ nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Verona.

⁶ Programma disponibile in <https://www.corsi.univr.it/?ent=cs&aa=2023%2F2024&codiceCs=MM1&codins=4S007512&discr=&discrCd=&id=395&menu=Studiare&tab=Insegnamenti&lang=it>

Anche se non in maniera continuativa e diffusa su tutto il territorio nazionale, esistono alcune iniziative formative riguardanti la salute delle persone LGBTQ+, ad esempio l'Università di Firenze offre un Master di I° livello in tema di “Incongruenza di genere nelle diverse fasi di sviluppo”⁷, rivolto ai laureati in varie professioni sanitarie, tra le quali Infermieristica (Togni & Viggiani, 2020).

In seguito alla Legge regionale 15 novembre 2004, n. 63 *Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere* della Regione Toscana, sono stati realizzati in varie realtà sanitarie della Toscana numerosi interventi e percorsi di sensibilizzazione, di formazione e aggiornamento professionale nei confronti degli operatori sanitari, avviati dibattiti e riflessioni sulle varie forme di discriminazione, in particolare nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, negli ambulatori e studi, nonché sugli atteggiamenti e comportamenti dei professionisti della salute.

Nel 2023, è realizzato un corso accreditato ECM dall'Area Formazione dell'IRCCS AOU Policlinico di Sant'Orsola di Bologna per il personale sanitario, dal titolo “Salute e benessere nella popolazione LGBTQIA+”.

⁷ Programma disponibile in https://www.unifi.it/upload/sub/master/2324/m_17_DSBSC_incongruenza_genere_vignozzi.pdf

Capitolo 2. Materiali e metodi

2.1. Problema e obiettivo

Problema. La competenza culturale racchiude la capacità di comunicare in modo efficace e di fornire assistenza sanitaria di qualità a persone provenienti da contesti diversi. La mancanza di competenza culturale da parte del personale sanitario (medico, infermiere nello specifico) può compromettere l'accesso e l'erogazione delle cure in particolare per le persone LGBTQ+.

Le componenti chiave della competenza culturale includono:

- un atteggiamento aperto e non giudicante che include il non fare supposizioni sull'orientamento o sui comportamenti sessuali di un paziente;
- riconoscere pregiudizi impliciti che influenzano i nostri comportamenti professionali limitando i possibili interventi;
- consapevolezza del fatto che le differenze culturali rappresentano prospettive uniche, preziose e valide;
- la necessità di migliorare le capacità di ascolto e di adattare stili di comunicazione ai bisogni delle persone (Baldwin et al., 2017; Roberts et al., 2018; Sabin et al., 2015).

Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio è quello di comprendere quale intervento formativo può sviluppare le competenze culturali in ambito sanitario a favore della salute delle persone LGBTQ+.

2.2. Quesito di ricerca

Il quesito che motiva la ricerca, esposto in forma narrativa, è il seguente: *“Quali interventi formativi (curricolari ed extra-curricolari) rivolti ai professionisti della salute possono facilitare lo sviluppo di competenze culturali a favore della salute delle persone LGBTQ+?”*

PIO

Popolazione: professionisti sanitari (infermieri, medici e altri professionisti della salute)	Intervento: interventi formativi curricolari ed extracurricolari	Outcome: sviluppo di competenze culturali a favore della salute delle persone LGBTQ+
---	---	--

2.3. Strategia di ricerca

È stata condotta una ricerca di letteratura dal 1° settembre 2023 a 15 febbraio 2024 all'interno dei seguenti database: *Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)*, *PubMed*, *The Cochrane Library*, *CINAHL*, *Education Resources Information Center (ERIC)* e *Scopus* (Allegato 1).

Keyword e stringhe di ricerca

Sono state utilizzate le seguenti keyword in forma libera: *LGBT**, *education*, *nursing students*, *LGBT health*, *teaching methods*, *cultural competencies*, *nurs**, *transgender*, *adult*, *cultural competence training*.

Le parole chiave sono state utilizzate in stringhe di ricerca con l'utilizzo degli operatori booleani AND e OR:

- *LGBT* Health*
- *transgender*
- *adult*
- *nursing students*
- *nurs**
- *teaching methods*
- *education*
- *cultural competence training*

Criteri di selezione

Per la selezione dei documenti sono stati applicati i seguenti criteri:

- popolazione adulta con professione in ambito sanitario;
- lingua di pubblicazione inglese e italiano;
- data di pubblicazione: ultimi 10 anni.

Sono stati selezionati articoli in lingua italiana e inglese su un arco temporale di 10 anni dalla data di pubblicazione perché l'argomento è presente in letteratura a livello internazionale con maggior frequenza da 2011 (Figura 2.1).

Da una prima ricerca in *PubMed* senza filtri d'anno è emerso che la maggioranza degli studi pertinenti al quesito di ricerca di questa tesi sono stati pubblicati a partire dall'anno 2019 (Figura 2.2), è stato quindi applicato il filtro di ricerca "ultimi 5 anni".

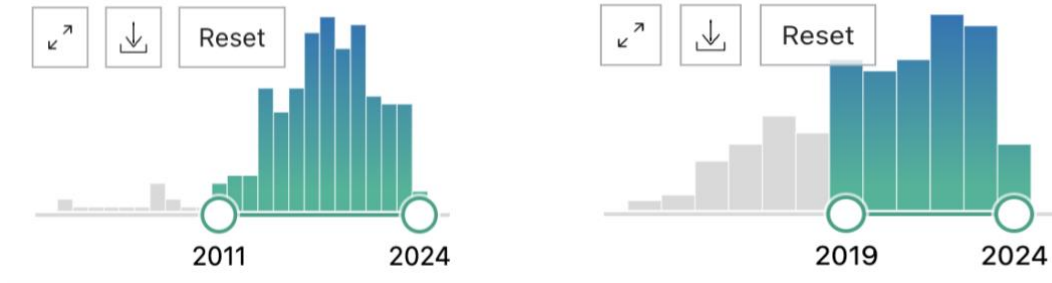


Figura 2.1. Istogramma fr studi pubblicati negli anni Figura 2. 2. Istogramma fr studi pubblicati dal 2019

La logica di ricerca utilizzata è stata orientata dalla tematica principale (competenza culturale), per poi decrescere gradualmente, in rapporto ai risultati ottenuti, alla formazione degli operatori sanitari e infine alle strategie educative utilizzate secondo quanto schematizzato in Figura 2.3.

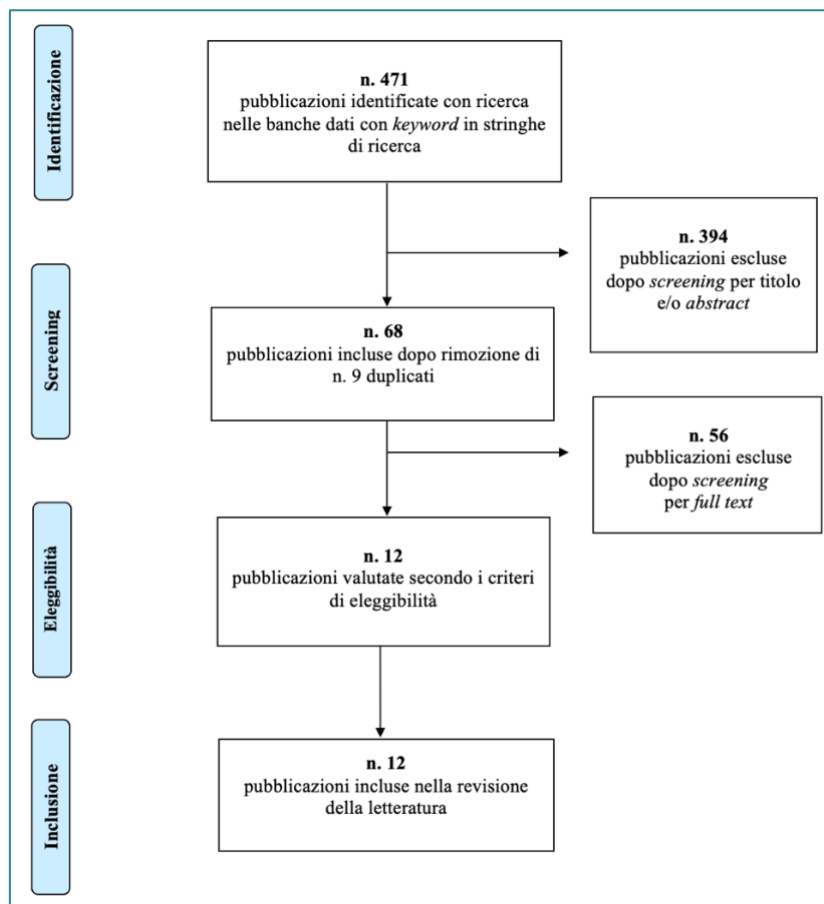


Figura 2.3. Diagramma di flusso degli studi inclusi nella revisione

Capitolo 3. Risultati della ricerca

Dalla ricerca in letteratura sono stati selezionati 12 studi, di cui: 3 revisioni sistematiche di studi quali-quantitativi (quasi sperimentali pre-post test) le quali riportano una sintesi qualitativa di n = 13, n = 22 e n = 26 studi; 7 studi quasi-sperimentali pre-post test (con o senza controllo, di cui n = 1 multicentrico) e 2 studi pilota mixed-method.

L'arco temporale degli studi va dal 2014 al 2024. La provenienza degli studi primari è principalmente americana (n = 6), n = 2 studi sono europei di cui n = 1 spagnolo e n = 1 multicentrico (Italia, Bulgaria, Regno Unito, Lituania, Polonia, Lituania) e n = 1 canadese.

Le revisioni sistematiche (2 USA e 1 Irlandese) includono per il 70% studi americani, i rimanenti sono studi canadesi, australiani, svedesi, inglesi e taiwanesi.

È stata eseguita un'analisi degli studi inclusi nelle revisioni: 4 studi primari erano inclusi in tutte le revisioni selezionate; i risultati di questi studi pertanto sono stati presentati singolarmente ed esclusi dai risultati delle revisioni stesse.

3.1 Presentazione degli studi

Gli studi vengono presentati per anno di pubblicazione.

Anno 2014

Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients – K.L.

Strong & V.N. Folse, 2014 – *Studio quasi-sperimentale pre-post test*

Lo scopo dello studio era quello di affrontare le esigenze educative suggerite dalla letteratura e determinare se le conoscenze, gli atteggiamenti e le competenze culturali degli studenti di infermieristica potessero essere migliorate da un intervento educativo.

Sono stati inclusi 58 studenti di infermieristica di un'università nel Midwest degli Stati Uniti d'America. A questi sono stati somministrati tre questionari:

- l'*Attitudes Toward Lesbians and Gay Men (ATLG) Scale*;
- la *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare (LGBT Healthcare) Scale*;
- il *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Knowledge*.

L'intervento educativo è stato sviluppato sulla base di contenuti raccomandati da Brennan et al. (2012), organizzato come diapositive PowerPoint e revisionato dai membri del gruppo *Pride Alliance* delle università. La lezione, della durata di 40-45 minuti, era incentrata su: definizioni, disparità sanitarie LGBT, competenza culturale e assistenza sanitaria transgender-specifica.

I risultati medi della Scala *ATLG* modificata sono aumentati significativamente, indicando un aumento degli atteggiamenti positivi da parte degli studenti. Le risposte narrative degli studenti nella *LGBT Healthcare Scale* hanno indicato una varietà di nuove conoscenze acquisite e hanno convalidato la necessità di una maggiore enfasi sull'assistenza sanitaria specifica alle persone LGBT nel curriculum infermieristico. Inoltre, un aumento statisticamente significativo dei punteggi medi totali è stato notato nei risultati del *LGBT Knowledge Questionnaire* (M=13.48, SD=1.490 vs M=14.67, SD=0.758, con $p < 0.001$).

Il breve intervento educativo utilizzato in questo studio ha dimostrato un impatto potenzialmente favorevole sulla conoscenza e sugli atteggiamenti degli studenti e supporta l'incorporazione di contenuti riguardanti la cura del paziente LGBT nei corsi di infermieristica.

Nursing Students' Perceptions of their Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues: Effectiveness of a Multi-Purpose Assignment in a Public Health Nursing Class – R. Carabez et al., 2014 – *Studio quasi-sperimentale*

Gli obiettivi di questo studio sono stati stabilire il livello di base di conoscenza, consapevolezza e comprensione degli studenti di infermieristica riguardo ai bisogni di salute LGBT e se questo potesse essere incrementato da un corso tenuto durante le lezioni accademiche.

Gli studenti hanno completato un sondaggio prima della formazione per valutare la loro comprensione dei termini relativi all'identità di genere e all'orientamento sessuale, il loro livello di comfort nel fornire assistenza ai pazienti LGBT e alle loro famiglie e la preparazione ricevuta a riguardo fino a quel momento.

Sono state adottate diverse strategie di insegnamento: letture, una lezione di 2 ore sulle problematiche di salute LGBT e la simulazione di un'intervista anamnestica con due infermieri formatori.

112 studenti hanno completato i sondaggi pre- e post-corso. Il 62% di questi aveva affermato di possedere conoscenze sufficienti per poter assistere pazienti LGBT, ma l'85% ha attestato di aver acquisito tali conoscenze in luoghi diversi dalla formazione accademica. La conoscenza sull'identità di genere e sull'orientamento sessuale è aumentata, seppur con livelli di significatività diversi ($p=0.0001$ vs $p=0.005$).

La maggioranza degli studenti (74%) ha riferito che il corso li ha resi più consapevoli delle questioni di salute LGBT ed è stata evidenziata l'importanza di ampliare la formazione e la ricerca infermieristica in questo ambito.

Anno 2018

The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review – E. McCann & M.

Brown, 2018 – *Revisione sistematica*

Lo scopo della revisione era quello di identificare i bisogni educativi degli studenti universitari, dei professionisti sanitari e i metodi utilizzati nella loro istruzione in relazione alle persone LGBT+.

I quesiti di ricerca della revisione hanno incluso i bisogni e i metodi di formazione, e degli esempi di *best practice*.

La revisione ha preso in esame 22 studi quantitativi, qualitativi e misti che avessero preso in considerazione le esperienze e opinioni degli studenti e dei professionisti sanitari ed educatori in materia di questioni specifiche della salute delle persone LGBT. Dall'analisi di questi studi, sono emersi quattro temi principali:

- competenza culturale e inclusività;
- conoscenze in materia di salute LGBT+;
- sviluppi ed esiti nel curriculum;
- evidenze delle migliori pratiche di istruzione e valutazione della stessa.

I risultati chiave di questa revisione sistematica hanno rivelato lacune significative nello sviluppo di competenze culturali sulla salute delle persone che si identificano come LGBT+ e una limitata disponibilità di istruzione e formazione adeguate.

È stata evidenziata l'importanza di sviluppare programmi formativi che includano le evidenze più recenti in tema di terminologia chiave, stigmatizzazione e discriminazione, sessualità e problematiche di salute LGBT-specifiche.

È emersa anche la necessità di ricercare l'impatto a lungo termine di questa inclusione nei curricula universitari e nella formazione continua.

Using Simulation With Nursing Students to Promote Affirmative Practice Toward the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Population: A Multisite Study – A.T.

Maruca et al., 2018 – *Studio quasi-sperimentale multicentrico*

Il seguente studio si era posto come obiettivi promuovere le conoscenze, le competenze e l'atteggiamento degli studenti di infermieristica nella cura delle persone LGBT e valutare l'impatto di una simulazione sulla cura di un paziente transgender. L'ipotesi era che questa potesse portare a miglioramenti degli atteggiamenti, delle credenze e dell'assistenza relativa ai pazienti LGBT.

È stato utilizzato un disegno di studio descrittivo non sperimentale pre-post test, multicentrico. Dei 159 studenti che hanno partecipato volontariamente allo studio, solo 48 hanno completato entrambi i questionari e quindi sono stati inclusi nell'analisi.

Prima di partecipare alla simulazione, gli studenti hanno ricevuto contenuti LGBT durante le lezioni del loro corso universitario.

La simulazione ad alta fedeltà ha utilizzato un manichino, la cui voce era quella di un membro della facoltà con esperienza in questo settore. Il paziente era ancora nelle prime fasi di transizione da maschio a femmina ed era alla ricerca di cure per l'emicrania e ansia continua, fino ad arrivare a chiedere di lasciare il pronto soccorso a seguito di episodi di agitazione e nervosismo. Alla simulazione è seguito un *debriefing*.

Gli obiettivi di apprendimento erano:

- stabilire e mantenere la comunicazione terapeutica in modo culturalmente sensibile;
- identificare segni e sintomi di ansia;
- gestire in modo sicuro il paziente.

È stata utilizzata una *check-list* per ottenere la valutazione delle prestazioni dello studente. La *Gay Affirmative Practice Scale* (GAP), ovvero un questionario di autovalutazione di 30 domande, è stata usata per esaminare le credenze e gli atteggiamenti degli studenti nell'erogazione di un'assistenza infermieristica culturalmente competente, prima e dopo la simulazione. Il punteggio complessivo mediano della GAP è aumentato da 114 a 125 dopo la simulazione.

I risultati suggeriscono che, nel complesso, questa può sostenere positivamente gli studenti nel fornire assistenza infermieristica a una persona transgender.

È stato riscontrato un cambiamento significativamente positivo nella sezione della pratica positiva, ma nessuna differenza rilevante negli atteggiamenti e nelle credenze dal pre- al post test.

Anno 2019

Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review - M. Morris et al., 2019 - *Revisione sistematica*

L'obiettivo della revisione è stato determinare l'efficacia dei programmi educative per ridurre il pregiudizio degli studenti o dei fornitori di assistenza sanitaria nei confronti di questi pazienti LGBTQ.

Sono stati inclusi n = 13 articoli, i quali descrivevano programmi formativi per ridurre il pregiudizio verso i pazienti LGBTQ. Gli interventi educativi focalizzati sul bias sono stati efficaci per aumentare la conoscenza dei problemi di assistenza sanitaria LGBTQ e i livelli di comfort lavorando con i pazienti LGBTQ. Nonostante i risultati promettenti dell'educazione per aumentare i livelli di conoscenza e comfort nel fornire assistenza tra gli studenti di medicina, infermieristica e odontoiatria o fornitori verso le persone LGBTQ, non sono stati identificati interventi che abbiano valutato cambiamenti nel pregiudizio implicito dei partecipanti.

Impact of a Formative Program on Transgender Healthcare for Nursing Students and Health Professionals. Quasi-Experimental Intervention Study – J.M. Garcia-Acosta et al., 2019 – *Studio quasi-sperimentale*

Questo studio si è proposto di valutare l'aumento del livello di conoscenza degli studenti universitari sull'assistenza sanitaria alle persone transgender, applicando strategie di apprendimento quali il *problem-based learning* e film-forum.

Hanno partecipato allo studio 116 studenti di infermieristica, assegnati in modo random a due gruppi di intervento, uno per ciascuna delle due strategie formative (rispettivamente G1 = 31 e G2 = 28), e ad un gruppo di controllo (G3 = 57).

Il Gruppo 1 ha partecipato a un laboratorio di film-forum nel quale sono stati proiettati due film su tematiche transgender, mentre il Gruppo 2 ha trattato la genitorialità delle persone transgender e la riproduzione medicalmente assistita tramite discussione di casi clinici.

I due gruppi d'intervento hanno avuto in comune la partecipazione a dibattiti con esperti e materiale didattico audiovisivo in aggiunta alle due tipologie di intervento. Il gruppo di controllo invece non ha ricevuto alcun tipo di formazione specifica in materia di assistenza sanitaria per le persone transgender.

I tre gruppi hanno completato un questionario di 30 item, *il Knowledge Questionnaire about Transgender* (KQaT) prima e dopo lo svolgimento delle attività di formazione dei due gruppi di intervento.

Il confronto dei risultati ha mostrato che dopo l'intervento ci sono state differenze statisticamente significative nel livello di conoscenza tra gli studenti dei due gruppi di intervento e di quello di controllo ($p = 0.001$).

Tuttavia, queste differenze non sono risultate rilevanti tra il gruppo cineforum e quello di *role playing learning* ($p = 1.000$).

Le strategie educative proposte dallo studio si sono quindi dimostrate efficaci in termini di aumento delle conoscenze degli studenti. Inoltre, questo intervento formativo potrebbe essere applicato anche ai professionisti sanitari che non hanno alcuna formazione in materia di diversità di genere, contribuendo inequivocabilmente a migliorare le cure fornite alle persone transgender.

Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. – V. Donisi et al., 2019 – *Studio pilota multicentrico*

Il corso di formazione descritto e implementato in questo studio è stato sviluppato nel contesto del Progetto pilota Health4LGBTI finanziato dal Parlamento Europeo. Il corso ha come obiettivo aumentare la conoscenza degli operatori sanitari sulle esigenze di salute delle persone LGBTI e sulle disuguaglianze che subiscono e percepiscono in ambito sanitario, al fine di migliorare le loro competenze e attitudini nel fornire un'assistenza sanitaria inclusiva.

I professionisti sanitari partecipanti allo studio che hanno assistito al corso di formazione e compilato sia il questionario pre- che post test sono stati 102, di cui 23 infermieri. Sono stati reclutati in sei Stati membri dell'Unione Europea (Belgio, Bulgaria, Italia, Lituania, Polonia e Regno Unito) tra settembre e novembre 2017.

I criteri di inclusione erano:

- essere un professionista sanitario o personale di supporto nei servizi sanitari;
- conoscenza della lingua e del Paese in cui si è preso parte al corso;
- aver firmato il consenso informato.

Solo i partecipanti che hanno completato i questionari pre- e post test sono stati inclusi nell'analisi.

Il corso di formazione, sviluppato dal progetto, consisteva di 4 moduli, della durata di circa 2 ore ciascuno, e integrava lezioni teoriche ad attività pratiche, come laboratori di *role playing*, visione di video e discussione di casi clinici. I partecipanti sono stati stimolati alla riflessione, all'interazione e alla risoluzione di eventuali dubbi.

Le conoscenze, le competenze e le attitudini dei partecipanti nei confronti dei pazienti LGBTI sono state valutate con un questionario prima e dopo il corso, con domande sulle conoscenze e sull'atteggiamento. Il post test conteneva in aggiunta domande sulla soddisfazione complessiva. È stato somministrato anche un questionario di *follow-up* a distanza di circa 2 settimane, con lo scopo di misurare il cambiamento nei comportamenti tenuti dai professionisti nell'assistenza e raccogliere le potenziali difficoltà che essi avrebbero potuto incontrare nell'implementazione pratica delle nuove competenze acquisite.

La percentuale di risposte corrette alle domande sulle conoscenze è aumentata statisticamente nel questionario post test.

Due di queste, ovvero, quella sulla comprensione dei termini "orientamento sessuale", "identità di genere" e "caratteristiche sessuali" e quella riguardante la consapevolezza di dover chiedere ai pazienti stessi come vogliono che ci si riferisca a loro, non hanno ottenuto un aumento significativo delle risposte corrette.

Sebbene sia emerso un aumento significativo della percentuale di risposte corrette alle due domande sull'intersessualità (rispettivamente, da 45.1 a 60.8% con $p=0.025$ e da 62.7 a 87.3% con $p<0.001$), quella del quesito "il fatto che alcune persone intersessuali potrebbero non scoprire mai di avere un corpo intersessuale" è rimasta al 60.8%. Dopo la

formazione, in generale sono emersi atteggiamenti più inclusivi in quanto a “volontà”, “competenze percepite” e “riconoscimento”.

Sebbene i livelli di conoscenza dei partecipanti riguardo i pazienti LGBTI siano risultati ragionevoli già prima di partecipare al corso di formazione, questo ha migliorato le conoscenze in materia di comunicazione inclusiva, comprensione di termini base, concetti e principali problematiche di salute delle persone transgender e intersex. Sono rimaste alcune lacune sulla comprensione della differenza tra i concetti di “orientamento sessuale”, “identità di genere” e “caratteristiche sessuali”, la quale è migliorata solo leggermente dopo la formazione, suggerendo che i contenuti del corso possono essere potenziati.

Il campione dello studio ha compreso un’alta percentuale di partecipanti LGB (45.5%), tuttavia c’è stato un significativo vantaggio nel livello di apprendimento nel partecipare al corso, indipendentemente da questa variabile e dalle conoscenze precedenti.

Il livello di “competenze percepite” è aumentato significativamente, anche se con il variare dell’età.

Il corso di formazione Health4LGBTI ha portato all’acquisizione di conoscenze essenziali sulla salute LGBTI e ha rappresentato un’opportunità per migliorare gli atteggiamenti dei professionisti sanitari, tra cui gli infermieri, e del personale di supporto. Offre inoltre un importante punto di partenza per l’adattamento e l’implementazione del corso ai sistemi sanitari locali.

Improving lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning health: Using a standardized patient experience to educate advanced practice nursing students –

E.K. Kuzma et al., 2019 – *Studio pilota pre-post test*

Lo scopo di questo studio era quello di descrivere un metodo innovativo per l’implementazione di contenuti LGBTQ nel corso per *Advanced Practice Registered Nurses (APRN)*.

Il progetto comprendeva una lezione di 1 ora con contenuti sull’umiltà sessuale e sulla salute LGBTQ, una lezione di 90 minuti su come indagare la storia sessuale del paziente e annesso laboratorio di *role play*, una simulazione di 15 minuti con un *standardized patient (SP)* e una sessione finale di *debriefing*.

Gli *standardized patient* reclutati sono stati in totale 6: una donna transgender di 70 anni, un uomo transgender di 40 anni, due donne bisessuali e un uomo gay.

Gli studenti partecipanti avrebbero dovuto concentrarsi sulla comunicazione durante la compilazione dell'anamnesi completa del paziente.

Dopo la simulazione, sono stati valutati sia dal paziente stesso che dai docenti e sono stati effettuati dei *debriefing* con lo scopo di fornire agli studenti le impressioni generali sulle loro prestazioni, osservazioni sui punti di forza e possibili aree di miglioramento.

L'impatto del corso di formazione è stato misurato in modo qualitativo tramite i *debriefing*, la revisione delle autovalutazioni degli studenti e le valutazioni eseguite da parte dei *standardized patient*.

Gli studenti hanno evidenziato in modo schiacciante il *debriefing* come la componente più preziosa, così come il rapporto uno a uno con il paziente (SP).

L'esperienza complessiva di apprendimento è stata valutata molto valida e i partecipanti hanno dichiarato che il corso ha contribuito a fornire loro le competenze per la pratica clinica futura.

Anno 2020

Providing trans-affirming care for sexual assault survivors: An evaluation of a novel curriculum for forensic nurses – J. Du Mont et al., 2020 – *Studio quasi-sperimentale pre-post test*

Lo scopo di questo studio era quello di sviluppare e valutare l'efficacia di un nuovo curriculum per migliorare le competenze percepite e dimostrate dagli infermieri nel fornire cure adeguate alle persone transgender che hanno subito violenza sessuale.

L'obiettivo secondario è stato valutare la soddisfazione degli infermieri per la struttura, i contenuti e l'erogazione della formazione ricevuta.

I 47 infermieri inclusi nello studio hanno acconsentito a partecipare al corso di formazione denominato *Sexual Assault Nurse Examiner* (SANE), composto da sette lezioni, durante le quali sono anche stati discussi dei casi clinici per favorire l'apprendimento interattivo. Nei questionari pre- e post-formazione è stato chiesto ai partecipanti quanto fossero d'accordo, su una scala *Likert* a 5 punti, con i 31 obiettivi di apprendimento previsti dal corso.

Per valutare le competenze dei partecipanti è stato inoltre incluso nei questionari un caso clinico con un ipotetico scenario, seguito da quattro domande a scelta multipla.

Il livello di competenze percepito dai partecipanti in relazione alla cura delle persone transgender vittime di violenza sessuale è migliorato significativamente dal pre- al post-formazione (M=1.89 SD=0.84 vs M=3.47 SD=0.62, $p<0.001$), in tutti e quattro i settori di contenuto, *initial assessment*, *medical care*, *forensic examination* e *discharge and referral*.

Anche i punteggi delle domande sul caso clinico sono notevolmente aumentati dopo il corso (M=2.13 SD=1.06 vs M=3.23 SD=0.87, $p<0.001$).

Anno 2021

Assessing knowledge, attitudes and beliefs of nurses about LGBTQ older adults using a documentary video – S. Dutton et al., 2021 – *Studio quasi-sperimentale multicentrico*

L'obiettivo di questo studio era quello di valutare il cambiamento nella conoscenza e nell'atteggiamento degli infermieri nei confronti dei pazienti anziani LGBTQ dopo aver visto un video documentario a riguardo.

Lo studio ha utilizzato un progetto di studio pre-post test, includendo un totale di 379 infermieri neolaureati. Il questionario era composto da una scala standardizzata di 16 elementi per valutare il cambiamento nei punteggi sulla conoscenza sul tema e da una domanda aperta per chiedere ai partecipanti come pensavano avrebbero cambiato la loro pratica clinica. Ogni item è stato misurato su una Scala *Likert* da 1 (fortemente d'accordo) a 5 (fortemente in disaccordo).

Il video documentario proposto, “*Gen Silent*”, racconta le storie di sei anziani LGBTQ della zona di Boston (USA), i quali hanno espresso le discriminazioni percepite durante l'assistenza sanitaria, le loro preoccupazioni personali e i problemi riguardanti l'invecchiamento come membri della comunità LGBTQ.

Nove item su 16 hanno avuto variazioni statisticamente significative, in particolare la domanda “L'accesso alle cure sanitarie è lo stesso per le persone LGBT e per gli altri membri della popolazione” (punteggio medio da 2.87 a 3.65, con $p<0.001$).

Con la domanda aperta “Qual è l’unica cosa che faresti per cambiare la tua interazione con i pazienti LGBTQ?” è stato chiesto a tutti i partecipanti di valutare qualitativamente come il documentario potesse influenzare la loro pratica infermieristica. Le risposte sono state lette dagli autori dello studio e divise per temi comuni.

Nel complesso, i commenti dei partecipanti hanno avuto una connotazione positiva e toni rispettosi. I primi tre temi più comuni sono stati “chiedere i pronomi”, “aumentare la comprensione” e “diventare accogliente”.

In generale, la visione del video documentario ha aumentato la comprensione degli infermieri partecipanti delle disparità presenti nell’assistenza sanitaria e la maggior parte di loro ha riferito che sarebbe stata più attenta a fornire cure culturalmente sensibili, ad esempio chiedendo ai pazienti quali pronomi vorrebbero fossero usati nei loro confronti.

Anno 2022

LGBTQ+ health education interventions for nursing students: A systematic review

- H. Yu et al., 2022 - *Revisione sistematica*

Questa revisione sistematica ha preso in analisi n = 26 che hanno valutato quantitativamente gli effetti della formazione per gli studenti di infermieristica per quanto riguarda la salute LGBTQ + ed esaminato i loro effetti sui risultati degli studenti. Tutti gli studi inclusi sono stati quasi-sperimentali, pre- e post con e senza controllo. 18 studi hanno coinvolto esclusivamente studenti di infermieristica.

Le modalità di formazione sono state suddivise in quattro gruppi: didattica multimodale con e senza simulazione, modalità singola con simulazione e lezioni didattiche. Otto studi hanno impiegato persone LGBTQ+ come formatori.

Gli interventi educativi hanno migliorato le conoscenze degli studenti sulla salute delle persone LGBTQ+, gli atteggiamenti nei loro confronti, il livello di comfort nell’interazione con gli individui LGBTQ+, la confidenza nel fornire cure inclusive nella pratica e la competenza culturale LGBTQ+ nell’assistenza infermieristica.

Anno 2024

Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Education in Healthcare Professional Graduate Programs: A Comparison of Medical, Nursing, and Pharmacy Students - J. Bleasdale et al., 2024 - *Studio quasi-sperimentale*

Lo scopo di questo studio era di indagare l'inclusione di educazione sanitaria LGBT nei curricula percepita da studenti di medicina, farmacologia e infermieristica, ponendo il quesito di ricerca "Qual è il livello di copertura percepita dagli studenti dei bisogni sanitari delle persone LGBT all'interno del loro corso di laurea?".

I 733 partecipanti allo studio, di cui n = 78 studenti laureati in infermieristica, sono stati invitati a completare un questionario online (Obedin-Maliver et al., 2011), costituito da 13 variabili per valutare la misura in cui l'educazione alla salute LGBT è stata affrontata nei loro corsi di laurea.

Complessivamente, i punteggi medi indicano una carenza di copertura sanitaria LGBT, infatti solo meno della metà dei partecipanti credeva che la loro formazione li preparasse a trattare pazienti LGBT.

Gli studenti di infermieristica hanno riportato i punteggi più bassi in quattro variabili: HIV, alcol, tabacco e altro uso di droghe, sesso sicuro e malattie sessualmente trasmissibili.

Lo studio propone di implementare contenuti relativi alla salute delle persone LGBT all'interno dei corsi di laurea in ambito sanitario e non solo. È inoltre fondamentale sviluppare la formazione relativa a una comunicazione efficace e non discriminatoria, ad esempio tramite casi clinici e simulazioni con persone LGBT, con lo scopo anche di aumentare il comfort degli studenti nel fornire assistenza alle persone LGBT.

3.2. Sintesi dei risultati

Nelle tabelle 3.I., 3.II., 3.III., 3.IV., sono riassunte le tematiche e le modalità formative che la letteratura selezionata propone di sviluppare nella formazione degli operatori sanitari (il campione considerava studenti medici, infermieri, ostetriche, odontoiatri, farmacisti, fisioterapisti) per migliorare la cura e ridurre i pregiudizi nei confronti delle persone LGBTQ+.

In tabella 3.V. vengono invece riportate gli strumenti utilizzati negli studi per misurare gli effetti degli interventi formativi attuati.

Tabella 3.1. Aree tematiche e modalità formative per lo sviluppo di conoscenze.

Aree di sviluppo: conoscenza/sapere speculativo	
Tematiche	Modalità formativa (studio)
<p>Comprensione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ orientamento sessuale ▪ identità di genere ▪ terminologia LGBTQ+ 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione didattica (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018; Carabez et al., 2014; Strong & Folse, 2014) - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Confronto/testimonianze con pazienti LGBTQ+ (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Visione film documentario “Gen Silent” (Dutton et al., 2022) - Corso specifico SANE (Du Mont et al., 2020) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019)
<p>Conoscenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ storia della comunità LGBTQ+ 	<ul style="list-style-type: none"> - Film-forum “The Danish girl” e “About Ray” (Garcia-Acosta et al., 2019)
<p>Conoscenza e consapevolezza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bisogni sanitari delle persone LGBTQ+ ▪ specificità dell’assistenza medica transgender 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione didattica (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018; Carabez et al., 2014; Strong & Folse, 2014) - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Confronto con pazienti LGBTQ+ (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Simulazione (gioco di ruolo) (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Simulazione ad alta fedeltà (Maruca et al., 2019) - Visione film documentario “Gen Silent” (Dutton et al., 2022) - Corso specifico SANE (Du Mont et al., 2020) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019)
<p>Comprensione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ potenziale impatto della discriminazione verso la comunità LGBTQ+ ▪ disparità di accesso alle cure ▪ disparità delle politiche sociali 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione didattica (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018; Carabez et al., 2014; Strong & Folse, 2014) - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Confronto con pazienti LGBTQ+ (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Discussioni in piccolo gruppo (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Visione film documentario “Gen Silent” (Dutton et al., 2022) - Corso specifico SANE (Du Mont et al., 2020) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019)
<p>Comprensione delle problematiche legate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ genitorialità ▪ salute riproduttiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Problem based learning (PBL) (Garcia-Acosta et al., 2019)

Tabella 3.II. Aree tematiche e modalità formative per lo sviluppo di abilità interpersonali e comunicative.

Aree di sviluppo: abilità interpersonali e comunicative e livello di comfort dell'operatore nel lavorare con le persone LGBTQ+	
Tematiche	Modalità formativa (studio)
Adeguate interazione durante l'assistenza ai pazienti LGBTQ+	<ul style="list-style-type: none"> - Case method o PBL (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023) - Simulazione (gioco di ruolo) (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023) - Simulazione ad alta fedeltà (Maruca et al., 2019) - Discussioni in piccolo gruppo (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023) - Visione film documentario "Gen Silent" (Dutton et al., 2022) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019)
Agio nella raccolta dell'anamnesi sessuale dei pazienti LGBTQ+	<ul style="list-style-type: none"> - Simulazione (gioco di ruolo) (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018; Kuzma et al., 2019) - Corso specifico SANE (Du Mont et al., 2020) - Lezione didattica (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018; Kuzma et al., 2019)
Agio nella discussione della salute sessuale con pazienti LGBTQ+	<ul style="list-style-type: none"> - Simulazione (gioco di ruolo) (Yu et al., 2023) - Lezione didattica (Yu et al., 2023)
Strategie di comunicazione per pazienti LGBTQ+ (linguaggio appropriato)	<ul style="list-style-type: none"> - Simulazione ad alta fedeltà (Maruca et al., 2019) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019) - Lezione didattica (Strong & Folse, 2014; Yu et al., 2023; Kuzma et al., 2019) - Simulazione (gioco di ruolo) (Yu et al., 2023; Kuzma et al., 2019)
Comprensione e ascolto delle preoccupazioni specifiche delle persone LGBTQ+	<ul style="list-style-type: none"> - Corso specifico SANE (Du Mont et al., 2020)

Tabella 3.III. Aree tematiche e modalità formative per lo sviluppo di atteggiamenti manifesti non discriminatori.

Aree di sviluppo: atteggiamenti manifesti non discriminatori nei confronti dei pazienti LGBTQ+	
Tematiche	Modalità formativa (studio)
Cambiamento di atteggiamento nel contatto con persona LGBTQ+	<ul style="list-style-type: none"> - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023) - Confronto con pazienti LGBTQ+ (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023) - Lezione didattica (Morris et al., 2019; Yu et al., 2023; Strong & Folse, 2014) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019)
Comprendere la discriminazione in ambito sanitario delle persone LGBTQ+	<ul style="list-style-type: none"> - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019) - Confronto/testimonianze di persone LGBTQ+ (Morris et al., 2019) - Case method o PBL (Morris et al., 2019) - Corso specifico SANE (Du Mont et al., 2020) - Corso specifico progetto Health4LGBTI (Donisi et al., 2019)
Analisi e consapevolezza delle pratiche etero-normative prevalenti	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione didattica (Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Conferenze o workshop (Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Simulazione (gioco di ruolo) (Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Visione film documentario “Gen Silent” (Dutton et al., 2022)

Tabella 3 IV. Aree tematiche e modalità formative per lo sviluppo di atteggiamenti inconsci non discriminatori.

Aree di sviluppo: atteggiamenti inconsci non discriminatori nei confronti dei pazienti LGBTQ+	
Tematiche	Modalità formativa (studio)
Comprendere le basi psicologiche dei pregiudizi impliciti	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione didattica (Morris et al., 2019) - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019) - Confronto con pazienti LGBTQ+ (Morris et al., 2019)
Comprendere l’impatto dei pregiudizi inconsci (auto-denunciati) sugli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione didattica (Morris et al., 2019; McCann & Brown, 2018) - Conferenze o workshop (Morris et al., 2019; McCann & Brown, 2018) - Confronto con pazienti LGBTQ+ (Morris et al., 2019; McCann & Brown, 2018)
Aumentare la consapevolezza dei pregiudizi impliciti	<ul style="list-style-type: none"> - Discussioni in piccolo gruppo (Morris et al., 2019; McCann & Brown, 2018) - Visione film documentario “Gen Silent” (Dutton et al., 2022) - Lezione didattica (Morris et al., 2019; McCann & Brown, 2018; Kuzma et al., 2019) - Simulazione (gioco di ruolo) (Morris et al., 2019; McCann & Brown, 2018; Kuzma et al., 2019)
Competenza culturale	<ul style="list-style-type: none"> - Confronto con pazienti LGBTQ+ (Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018) - Visione film documentario “Gen Silent” (Dutton et al., 2022) - Lezione didattica (Yu et al., 2023; McCann & Brown, 2018; Strong & Folse, 2014)

Tabella 3.V. Strumenti di misura utilizzati negli studi

Aree indagate	Strumenti
Conoscenze su aspetti biologici, psicologici, sociali e legali	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionari ad hoc con risposte a scelta multipla, su scala Likert o vero-falso ✓ Sexual Orientation Counselor Competency Scale (SOCCS) (Bidell, 2015) ✓ Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Knowledge (LGBT Knowledge) Questionnaire (Strong & Folse, 2014; Harris et al., 1995), ✓ Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare (LGBT Healthcare) Scale (Strong & Folse, 2014; Harris et al., 1995). ✓ KQaT questionnaire (Garcia-Acosta et al., 2019)
Atteggiamenti e credenza	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionari ad hoc con risposte a scelta multipla, su scala Likert o vero-falso ✓ Gay Affirmative Practice (GAP) Scale (Crisp, 2006) ✓ Transphobia Scale (Nagoshi et al., 2008) ✓ Attitudes Toward Lesbians and Gay Men (ATLG) Scale (Herek and McLemore, 2011) ✓ Genderism and Transphobia Scale (Hill and Willoughby, 2005) ✓ Homonegativity Scale (Morrison et al., 1999) ✓ Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale (Costa et al., 2016)
Competenze culturali	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionari ad hoc con risposte a scelta multipla, su scala Likert o vero-falso ✓ Inventory for Assessing Process of Cultural Competence - Student Version (IAPCC-SV) (Campinha-Bacote, 2007)
Empatia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kiersama-Chen Empathy Scale (KCES) (Kiersma et al., 2013)
Collaborazione	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionari ad hoc con risposte a scelta multipla, su scala Likert o vero-falso ✓ Interprofessional Education Collaborative [IPEC] Competency Survey (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2016)
Fiducia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionari ad hoc con risposte a scelta multipla, su scala Likert o vero-falso ✓ Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET) (Jeffreys, 2016)

Capitolo 4. Discussione e conclusioni

4.1. Discussione

Gli studi inclusi hanno principalmente disegno quasi-sperimentali e le tre revisioni sistematiche comprendono ugualmente un totale di $n = 61$ studi pre-post test quasi-sperimentali.

Pur essendoci una principale componente di studi americana, $\frac{1}{4}$ degli studi selezionati sono stati condotti in Europa.

Dalla ricerca nella letteratura emerge che gli studi che rispondono al quesito di ricerca di questa tesi sono studi pubblicati a partire dal 2019, a conferma che la questione è di recente e attuale interesse.

Non è possibile il confronto diretto tra gli studi, a causa dell'eterogeneità dei progetti proposti e dei relativi interventi formativi; tuttavia, i risultati dei vari studi evidenziano che da una parte è possibile sensibilizzare attraverso corsi di formazione sui bisogni sanitari delle persone LGBTQ+ e dall'altra che le varie proposte formative hanno migliorato la conoscenza, hanno modificato gli atteggiamenti del personale sanitario nei confronti delle persone LGBTQ+.

Tutti gli studi compresi nella revisione hanno riportato un miglioramento delle performance dei professionisti della salute sottoposti ai vari interventi educativi. Questo conferma che pratiche culturalmente competenti possono migliorare l'assistenza sanitaria fornita a persone LGBTQ+, evidenziando la necessità di un approccio multidisciplinare. La difficoltà, considerata l'eterogeneità delle proposte, rimane nel comprendere quale proposta formativa sia quella più efficace per migliorare l'assistenza e garantire un equo accesso alle cure alle persone LGBTQ+.

4.1.1. Metodo didattico

Le modalità formative utilizzate negli studi possono essere ricondotte principalmente a 4: lezioni frontali, simulazioni, *case method* e visione di film. Altri studi (Du Mont et al., 2020; Donisi et al., 2019) hanno utilizzato corsi specifici preparati all'interno di progetti di sensibilizzazione più ampi e strutturati rispetto a quelli relativi alla pubblicazione stessa.

Per quanto riguarda le lezioni frontali, la durata è variabile da 1 a 10 ore (Yu et al., 2022), 40-45 minuti nello studio di Strong & Folse (2014), 2 ore in quello di Carabez et al.

(2014); invece, nei progetti più strutturati, i partecipanti ai corsi potevano essere sottoposti fino a 30 ore di lezione (Du Mont et al., 2020) oppure a 8 ore divise in 4 moduli (Donisi et al., 2019).

Le simulazioni utilizzate potevano consistere in repliche di raccolte anamnestiche di persone LGBTQ+ (interpretate dagli studenti stessi), in situazioni cliniche utilizzando un manichino ad alta fedeltà (la cui voce era dei formatori del corso), fino a confronti diretti con persone LGBTQ+. L'efficacia della simulazione è stata verificata attraverso l'utilizzo di strumenti validati, come la *Simulation Effectiveness Tool – Modified* (SET-M) (Leighton et al., 2015).

Per quanto riguarda il PBL e l'uso dei casi clinici, dagli studi non è possibile risalire allo scenario usato nello specifico, tali modalità formative sono state utilizzate, così come la visione di film, per sviluppare capacità di interazione durante l'assistenza ai pazienti, comprensione delle tematiche legate alla genitorialità e alla salute riproduttiva delle persone transgender e delle disparità di accesso alle cure della comunità LGBTQ+.

Se da una parte l'uso di diversi metodi didattici non permette individuare quello maggiormente efficace, dall'altra suggerisce che l'uso di molteplici approcci pedagogici può essere considerato utile per migliorare i curricula degli studenti e del personale sanitario, sviluppando competenze culturali.

4.1.2. Strumenti di valutazione utilizzati

Negli studi selezionati sono stati utilizzati diversi strumenti di misura per verificare l'impatto degli interventi educativi sullo sviluppo di competenza culturale.

È stato possibile individuare 6 aree di indagine misurate negli studi: conoscenze, atteggiamenti e credenze, competenze culturali, empatia, collaborazione ed autoefficacia. Anche in questo caso, andando ad approfondire gli strumenti utilizzati per le diverse aree indagate, emergono alcune considerazioni rispetto all'omogeneità delle variabili per le diverse scale e all'utilizzo di strumenti validati.

Area conoscenza

La maggior parte degli studi selezionati hanno utilizzato questionari costruiti ad hoc con risposta a scelta multipla o dicotomica, oppure misurati su scala Likert.

Nello studio di Strong e Folse (2014) alcuni elementi sono stati presi da Knowledge about Homosexuality Questionnaire (Harris et al., 1995) che è un questionario composto da 20

affermazioni generiche (a cui rispondere vero o falso) che si riferiscono soprattutto a credenze popolari sull'omosessualità come ad esempio “*Ci sono buone possibilità di trasformare le persone omosessuali in uomini e donne eterosessuali*” oppure “*Una differenza tra uomini e donne omosessuali è che le lesbiche tendono ad avere più partner nel corso della loro vita*”.

Anche nello studio di Garcia-Acosta et al. (2019) è stato progettato un questionario specifico (*KQaT questionnaire*), composto da 30 item, nel quale sono stati indagati elementi di conoscenza specifica sul trattamento farmacologico e chirurgico, sull'identità e sui sentimenti di genere e su conoscenze di legislazione.

Altri studi hanno utilizzato questionari validati; in particolare la *Sexual Orientation Counselor Competency Scale* (SOCCS) (Bidell, 2015) che indaga abilità sul lavoro clinico con persone LGBTQ+, autoconsapevolezza dei pregiudizi e della stigmatizzazione e conoscenza di problematiche psicosociali.

L'uso di scale ha permesso negli studi selezionati di misurare gli effetti degli interventi educativi (tutti gli studi prevedono la somministrazione pre-post dello stesso test), ma l'eterogeneità delle scale utilizzate non dà la possibilità di confrontare i risultati: le conoscenze misurate sono diverse in termini di contenuti; infatti, si misurano da un lato saperi generici sull'omosessualità e in altri studi saperi specificatamente legati alla professione o all'aspetto giuridico. Oltretutto, scale da una parte non psicometricamente valide e dall'altra autocompilate potrebbero non essere affidabili nel descrivere il fenomeno indagato.

Area atteggiamenti e credenze

Atteggiamenti e credenze sono stati misurati utilizzando strumenti che vanno ad indagare elementi diversi. Andando nello specifico, per esempio, nella *Gay Affirmative Practice (GAP) Scale* (Crisp, 2006) utilizzata da Carabez et al. (2014) e in alcuni studi inclusi nella revisione di Yu et al. (2022), sono state indagate le convinzioni degli operatori sanitari rispetto ai comportamenti che loro stessi dovrebbero avere nei contesti clinici con le persone LGBTQ+. Ad esempio, viene chiesto il loro accordo/disaccordo rispetto all'affermazione: “*Gli operatori dovrebbero aiutare i pazienti gay e lesbiche a sviluppare identità positive come persone LGBTQ+*”.

L'*Attitude Towards Lesbian and Gay Men Scale (ATLG)* (Herek and McLemore, 2011) (usata in Strong & Folse, 2014) è formata da 20 item nei quali viene chiesto

l'accordo/disaccordo su affermazioni che indicano atteggiamenti e credenze generiche rispetto alle persone lesbiche e gay. Alcuni item sono: *“L’idea del matrimonio omosessuale maschile mi sembra ridicola”* e *“L’omosessualità femminile è una forma inferiore di sessualità”*.

Anche la *Transphobia Scale* (Nagoshi et al., 2008) è costituita da 9 item con lo scopo di misurare i pregiudizi contro le persone transgender e propone elementi non specifici per i professionisti sanitari, come: *“Quando incontro qualcuno è importante per me poterlo identificare come uomo o donna”*.

Genderism and Transphobia Scale (Hill and Willoughby, 2005) misura atteggiamenti e comportamenti che potrebbero essere correlati a reazioni discriminatorie e/o violente nei confronti delle persone transgender, cioè chiede il parere rispetto a due fattori: la transfobia, con item tipo *“È corretto deridere le persone che si travestono”*, e l’ostilità di genere, con item tipo: *“Mi sono comportato in modo violento nei confronti di una donna perché era troppo mascolina”* oppure *“Se incontrassi un maschio che indossa scarpe con il tacco alto, calze e trucco, prenderei in considerazione l’idea di picchiarlo”*.

La *Homonegativity Scale* (Morrison et al., 1999) misura gli atteggiamenti negativi nei confronti di uomini gay e donne lesbiche. Contiene 6 item, ad esempio *“Gli omosessuali dovrebbero essere evitati quando possibile”*, *“Agli omosessuali non dovrebbe essere permesso di lavorare con i bambini”*.

Anche la *Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale* (Costa et al., 2016) indaga il grado di accordo rispetto ad affermazioni su credenze comuni, non specifiche per i professionisti della salute, come *“Andrei/non andrei in bar frequentato da travestiti”*. Da sottolineare che in questa scala un item considera anche il pregiudizio da parte del paziente, chiedendo *“Non mi sentirei a mio agio a consultarmi con un medico gay”*.

Aree competenze culturali, empatia, collaborazione e autoefficacia

Le 4 scale validate utilizzate per misurare le competenze culturali, l’empatia, la capacità di *teamwork* e l’autoefficacia sono scale di autovalutazione specifiche per il contesto sanitario. La *Inventory for Assessing Process of Cultural Competence - Student Version* (IAPCC-SV) (Campinha-Bacote, 2007) è una scala specifica per indagare le competenze culturali degli studenti delle professioni sanitarie, misurando conoscenze, consapevolezza, abilità e volontà di conoscere. La *Kiersama-Chen Empathy Scale* (KCES) (Kiersma et al., 2013), rivolta a studenti di infermieristica e di farmacia, è volta

a comprendere le capacità empatiche dei futuri professionisti; comprende elementi come “È necessario che l'operatore sanitario sia in grado di vedere il mondo con la prospettiva di un'altra persona” oppure “Credo che la cura sia essenziale per costruire relazioni forti con i pazienti”.

Il *Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Competency Survey* (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2016) indaga la capacità di *teamwork* misurando fattori che vanno dal riconoscere l'importanza della capacità di scegliere strumenti e tecniche di comunicazione efficaci per facilitare discussioni e interazioni nel *team* al rispettare le culture, i valori, i ruoli, le responsabilità e competenze delle altre professioni sanitarie.

Per l'autoefficacia è stato utilizzato il *Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET)* (Jeffreys, 2016), una scala di valutazione che chiede agli intervistati di valutare la loro fiducia riguardo le proprie abilità e conoscenze riguardo i modi in cui le variabili culturali possono influenzare l'assistenza infermieristica a persone con *background* culturali diversi, e la loro consapevolezza culturale. Un esempio: “Tra i pazienti con *background* culturali diversi, riconosco l'importanza dei rimedi casalinghi e della medicina popolare”.

4.2. Limiti della ricerca

Gli studi compresi in questa revisione della letteratura sono di tipo quasi-sperimentale con risultati prevalentemente di tipo qualitativo. Questo disegno di studio non permette di individuare quale intervento formativo sia più efficace e come misurare i livelli di conoscenze e competenze preesistenti e raggiunti dopo i corsi di formazione. Gli studi selezionati hanno inoltre una bassa potenza data dalla ridotta numerosità campionaria e dall'eterogeneità dei metodi di formazione e di valutazione.

4.3. Confronto con gli esperti e implicazioni per la pratica

I risultati di questa revisione della letteratura sono stati discussi con alcuni Coordinatori (infermieristici e ostetrici) di Unità Operative di un Presidio ospedaliero della Regione Veneto. Gli esiti di queste discussioni sono risultati in linea con quanto rinvenuto negli studi selezionati nella revisione.

Si è riscontrata la necessità di corsi di formazione per il personale sanitario, composti da lezioni frontali con una componente teorica e una pratica, ad esempio delle simulazioni di possibili casi clinici. Alcuni esperti hanno proposto un corso preliminare *online*, in quanto alcune persone potrebbero voler approcciarsi al tema in privato.

La tematica comprende anche problematiche a livello burocratico e legislativo, ad esempio per quanto riguarda il riconoscimento di un figlio di una coppia omogenitoriale. Inoltre, la maggior parte delle strutture sanitarie, presenta ancora delle barriere nei confronti di possibili pazienti transgender, come stanze di degenza e servizi igienici separati per maschi e femmine.

Gli esperti interpellati si trovano d'accordo sulla necessità di sensibilizzazione ed educazione sul tema salute delle persone LGBTQ+ a partire dalla scuola dell'obbligo e in particolare all'interno dei corsi universitari delle professioni mediche e sanitarie.

4.4. Implicazioni per la ricerca

I metodi formativi e i risultati degli studi analizzati in questa revisione della letteratura si sono rivelati positivi, tuttavia, la ricerca sul fenomeno di interesse necessita di essere approfondito per fornire più risultati di tipo quantitativo e per dimostrare la correlazione tra l'implementazione di corsi di formazione per studenti e personale in ambito sanitario e l'effettivo miglioramento dell'assistenza erogata. Inoltre, si auspica che i futuri studi includano una maggiore popolazione campionaria, metodi e contenuti di formazione più omogenei e utilizzino strumenti di valutazione appropriati e validati.

4.5. Conclusioni

Questa revisione della letteratura ha affrontato il tema delle strategie più efficaci per ridurre gli effetti negativi dei pregiudizi impliciti tra gli studenti e gli operatori sanitari che lavorano con le popolazioni LGBTQ+.

Sulla base della ricerca si è evinto che c'è interesse per l'argomento; infatti, negli ultimi cinque anni si è verificato un aumento delle pubblicazioni sull'importanza della formazione per i sanitari per migliorare la salute delle persone LGBTQ+.

Data la crescente attenzione alla salute della popolazione LGBTQ+, l'assistenza sanitaria ha cominciato a rispondere alla necessità di ridurre le disparità sanitarie e promuovere la giustizia sociale per tale popolazione. Da questo, la priorità di integrare, nella formazione

di base e continua, contenuti e competenze in materia di salute e benessere per le persone LGBTQ+.

La letteratura esistente indica anche che per raggiungere lo scopo la formazione può includere approcci multidisciplinari e multimodali.

Le strategie efficaci identificate includono quelle che aumentano la conoscenza dei bisogni sanitari delle persone LGBTQ+, promuovendo atteggiamenti positivi nei confronti dei pazienti e aumentando il comfort lavorativo con essi.

Si ritiene che la ricerca futura dovrebbe includere una progettualità rigorosa e una valutazione specifica che possa permettere di produrre evidenze su come i programmi di formazione possano portare cambiamenti comportamentali effettivi negli studenti.

La presente revisione fornisce l'indicazione che la formazione può essere uno strumento potente per aiutare i professionisti sanitari e gli studenti a diventare consapevoli delle diversità e mitigare i loro pregiudizi personali. Le strategie che riducono i pregiudizi negli studenti e negli operatori sanitari sono passi fondamentali per aumentare l'accesso alle cure da parte delle persone LGBTQ+, riducendo così le disparità sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

Assemblea Generale delle Nazioni Unite [OHCHR] (1948, 10 Dicembre). *Dichiarazione universale dei diritti umani*. Disponibile in https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf

Bacchini, M.G., Vespignani, M. (2009). *Il Significato delle discipline umanistiche nelle relazioni d'aiuto*. Milano: Società Editrice Universo.

Bailey, J.V., Farquhar, C., Owen, C., Whittaker, D. (2003). Sexual behavior of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*, 79:147.

Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V., Herbenick, D., Sanders, S. A., Dhoot, R., & Fortenberry, J. D. (2017). Health and identity-related interactions between lesbian, bisexual, queer and pansexual women and their healthcare providers. *Culture, health & sexuality*, 19(11), 1181–1196. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1298844>

Boehmer, U., Gereige, J., Winter, M., & Ozonoff, A. (2019). Cancer survivors' access to care and quality of life: Do sexual minorities fare worse than heterosexuals? *Cancer*, 125(17), 3079–3085. <https://doi.org/10.1002/cncr.32151>

Boehmer, U., Miao, X., Maxwell, N. I., & Ozonoff, A. (2014). Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ open*, 4(3), e004461. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004461>

Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)*, 63(8), 1–18.

Buchmueller, T., & Carpenter, C. S. (2010). Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000-2007. *American journal of public health*, 100(3), 489–495. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.160804>

Carroll, N.M., (2023). Sexual and gender minority women (lesbian, gay, bisexual, transgender, plus): Medical and reproductive care. In UpToDate, Post TW (Ed.), UpToDate, Waltham, MA. Disponibile in https://www.uptodate.com/contents/sexual-and-gender-minority-women-lesbian-gay-bisexual-transgender-plus-medical-and-reproductive-care?source=mostViewed_widget

Charlton, B. M., Gordon, A. R., Reisner, S. L., Sarda, V., Samnaliev, M., & Austin, S. B. (2018). Sexual orientation-related disparities in employment, health insurance, healthcare access and health-related quality of life: a cohort study of US male and female adolescents and young adults. *BMJ open*, 8(6), e020418. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020418>

Cochran, S. D., Bandiera, F. C., & Mays, V. M. (2013). Sexual orientation-related differences in tobacco use and secondhand smoke exposure among US adults aged 20 to 59 years: 2003-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys. *American journal of public health*, 103(10), 1837–1844. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301423>

Coker, T.R., Austin, S.B., Schuster, M.A. (2010). The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Annual Review Public Health*, 31, 457.

Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche [FNOPI] (approvato) (2019, Roma 12 e 13 aprile). *Il Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. Disponibile in <https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358>

Copen, C.E., Chandra, A., Febo-Vazquez, I. (2016). Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Orientation Among Adults Aged 18-44 in the United States: Data From the 2011-2013 National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 1.

Costituzione della Repubblica Italiana. Gazzetta Ufficiale n. 298 del 27 dicembre 1947. Disponibile in https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_della_Repubblica_italiana.pdf

Cyrus, K., & Morrison, C. (2019). *Mental Health Facts on Questioning/Queer Populations*. American Psychiatric Association.

Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica 22 ottobre 2004, n.270 “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509”. Gazzetta Ufficiale n.266 del 12 novembre 2004.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”. Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992.

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”. Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 1995.

Diamant, A. L., Schuster, M. A., McGuigan, K., & Lever, J. (1999). Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Archives of internal medicine*, 159(22), 2730–2736. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.22.2730>

Dibble, S. L., Roberts, S. A., Robertson, P. A., & Paul, S. M. (2002). Risk factors for ovarian cancer: lesbian and heterosexual women. *Oncology nursing forum*, 29(1), E1–E7. <https://doi.org/10.1188/02.ONF.E1-E7>

Dipartimento per le Pari Opportunità e dall'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali [DPO & UNAR]. (2022, 5 ottobre). *STRATEGIA NAZIONALE LGBT+ 2022 – 2025 per la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere*. Disponibile in chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://unar.it/portale/documents/20125/113907/Strategia+nazionale+LGBTI%2B+2022+rev+A.pdf/8f04f55a-ee93-92b5-2bf3-d5bd59e7c163?t=1665040970207>

Dyar, C., Sarno, E. L., Newcomb, M. E., & Whitton, S. W. (2020). Longitudinal associations between minority stress, internalizing symptoms, and substance use among sexual and gender minority individuals assigned female at birth. *Journal of consulting and clinical psychology, 88*(5), 389–401. <https://doi.org/10.1037/ccp0000487>

Evans-Polce, R. J., Kcomt, L., Veliz, P. T., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2020). Alcohol, Tobacco, and Comorbid Psychiatric Disorders and Associations with Sexual Identity and Stress-Related Correlates. *The American journal of psychiatry, 177*(11), 1073–1081. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010005>

Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2020). *Commentario al nuovo Codice deontologico delle Professioni infermieristiche*. Disponibile in <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-Codice-Dentologico-Professioni-Infermieristiche-uv.pdf>

Flentje, A., Clark, K. D., Cicero, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Saucedo, J., Neilands, T. B., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2022). Minority Stress, Structural Stigma, and Physical Health Among Sexual and Gender Minority Individuals: Examining the Relative Strength of the Relationships. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 56*(6), 573–591.

Forcey, D. S., Vodstrcil, L. A., Hocking, J. S., Fairley, C. K., Law, M., McNair, R. P., & Bradshaw, C. S. (2015). Factors Associated with Bacterial Vaginosis among Women Who Have Sex with Women: A Systematic Review. *PloS one, 10*(12), e0141905. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141905>

Goodenow, C., Szalacha, L. A., Robin, L. E., & Westheimer, K. (2008). Dimensions of sexual orientation and HIV-related risk among adolescent females: evidence from a statewide survey. *American journal of public health, 98*(6), 1051–1058.

Greene, M. Z., Hughes, T. L., Hanlon, A., Huang, L., Sommers, M. S., & Meghani, S. H. (2018). Predicting cervical cancer screening among sexual minority women using Classification and Regression Tree analysis. *Preventive medicine reports, 13*, 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.11.007>

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.

Institute of Medicine (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press.

Istituto Nazionale Di Statistica [ISTAT] (2012). *La popolazione omosessuale nella società italiana. Report*. Disponibile in: https://www.istat.it/it/files//2012/05/report-omofobia_6giugno.pdf; <http://www.istat.it/it/archivio/30726>.

Istituto Superiore di Sanità [ISS] (2018, 23 aprile). *Guadagnare salute. La strategia comunicativa*. Epicentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica. Disponibile in <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/corniceriferimento>

Istituto Superiore di Sanità [ISS] & Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Presidenza del Consiglio dei Ministri [UNAR]. (2020). *Glossario. InfoTrans.it*. Ultimo accesso 13 febbraio 2024, disponibile in https://www.infotrans.it/it-schede-8-glossario_transgender?k=L

Jackson, C. L., Agénor, M., Johnson, D. A., Austin, S. B., & Kawachi, I. (2016). Sexual orientation identity disparities in health behaviors, outcomes, and services use among men and women in the United States: a cross-sectional study. *BMC public health*, 16(1), 807. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3467-1>

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*, 8, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>

Koh, A. S., & Ross, L. K. (2006). Mental health issues: a comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of homosexuality*, 51(1), 33–57. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_03

Koh, A. S., Gómez, C. A., Shade, S., & Rowley, E. (2005). Sexual risk factors among self-identified lesbians, bisexual women, and heterosexual women accessing primary care settings. *Sexually transmitted diseases*, 32(9), 563–569. <https://doi.org/10.1097/01.olq.0000175417.17078.21>

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”. Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978. Disponibile in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>

Legge Regionale (Regione Toscana) 15 novembre 2004, n. 63 “Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere”. Bollettino Ufficiale n. 46, parte prima, del 24 novembre 2004.

Lemp, G. F., Jones, M., Kellogg, T. A., Nieri, G. N., Anderson, L., Withum, D., & Katz, M. (1995). HIV seroprevalence and risk behaviors among lesbians and bisexual women in San Francisco and Berkeley, California. *American journal of public health*, 85(11), 1549–1552. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.11.1549>

Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 8(5), 521–548. <https://doi.org/10.1177/1745691613497965>

Liu, M., Sandhu, S., Reisner, S.L., Gonzales, G., & Keuroghlian, A.S. (2023). Health Status and Health Care Access Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the US, 2013 to 2018. *JAMA internal medicine*, 183(4), 380–383. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.6523>

Marrazzo J. M. (2000). Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a concern for patients and providers. *AIDS patient care and STDs*, 14(8), 447–451. <https://doi.org/10.1089/108729100416669>

Marrazzo, J. M., & Stine, K. (2004). Reproductive health history of lesbians: implications for care. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(5), 1298–1304. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.12.001>

- Marrazzo, J. M., Koutsky, L. A., Kiviat, N. B., Kuypers, J. M., & Stine, K. (2001). Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *American journal of public health, 91*(6), 947–952. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.947>
- Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2015). Minority Stress, Depression, Relationship Quality, and Alcohol Use: Associations with Overweight and Obesity Among Partnered Young Adult Lesbians. *LGBT health, 2*(4), 333–340. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0053>
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American journal of public health, 91*(11), 1869–1876. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1869>
- McCann, E., & Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmers: A systematic review. *Nurse education today, 64*, 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- Montano, A., & Rubbino, R. (2021). *Manuale di psicoterapia per la popolazione LGBTQIA+*. *Aspetti socio-culturali, modelli teorici e protocolli di intervento*. Trento: Edizioni Erikson.
- Mpofu, J.J., Underwood, J.M., Thornton, J.E., et al. (2023). Overview and Methods for the Youth Risk Behavior Surveillance System - United States, 2021. *The Morbidity and Mortality Weekly Report Supplements, 72*, 1.
- National Center for Transgender Equality [NCTE] (2014). *Transgender terminology*, Disponibile in: <http://www.transequality.org/issues/resources/transgender-terminology>
- National Health Service England [NHS England] (2020). *LGBT Health*. Disponibile in <https://england.nhs.uk/about/lgbt-health/>
- Newlin Lew, K., Dorsen, C., Melkus, G. D., & Maclean, M. (2018). Prevalence of Obesity, Prediabetes, and Diabetes in Sexual Minority Women of Diverse Races/Ethnicities: Findings From the 2014-2015 BRFSS Surveys. *The Diabetes educator, 44*(4), 348–360. <https://doi.org/10.1177/0145721718776599>

O'Hanlan KA. (1995). Lesbian health and homophobia: Perspectives for the treating obstetrician/gynecologist. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology, and Fertility*, 18, 99.

Office of Disease Prevention and Health Promotion [ODPHP] (2020). Healthy People 2020: Lesbian, gay, bisexual, and transgender health. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>.

Parmar, D.D., Alabaster, A., Vance, S.Jr, et al. (2020). Identification of Sexual Minority Youth in Pediatric Primary Care Settings Within a Large Integrated Healthcare System Using Electronic Health Records. *Journal of Adolescent Health*, 66, 255.

Policlinico di Sant'Orsola, SSR Emilia-Romagna, & Alma Mater Studiorum Università di Bologna (2023, 9 giugno). *Salute e benessere nella popolazione LGBTQIA+*. Disponibile in <https://www.aosp.bo.it/it/content/salute-e-benessere-nella-popolazione-lgbtqia>

Positano, G. (2022, 27 Gennaio). *L'art. 32 della Costituzione*. <https://lamagistratura.it/commentario/lart-32-della-costituzione/>

Rapoport, E., Athanasian, C.E., Adesman, A. (2021). Prevalence of Non heterosexual Identity and Same-Sex Sexual Contact Among High School Students in the US From 2015 to 2019. *JAMA Pediatrics*, 175, 970.

Regione Toscana (2012, 17 dicembre). *Pazienti non previsti in ospedale. Atteggimento del personale sanitario, verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e transessuale (LGBT)*. Disponibile in <https://www.regione.toscana.it/-/pazienti-non-previsti-in-ospedale>

Reiter, P. L., & McRee, A. L. (2017). HPV infection among a population-based sample of sexual minority women from USA. *Sexually transmitted infections*, 93(1), 25–31. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052536>

Roberts S. J. (2018). Health Care of Sexual Minority Women. *The Nursing clinics of North America*, 53(2), 227–239. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.009>

Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men. *American journal of public health, 105*(9), 1831–1841. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302631>

Scandurra, C., Dicé, F., Amodeo, A.L., Valerio, G., Valerio, P. (2016). *Per non sottovalutare l'uso delle parole. Una proposta per l'utilizzo di terminologie rispettose, inclusive e responsabili relative al mondo LGBTQI*. In: Ferraro, L., Dicé, F., Postigliola, A., Valerio, P. (2016). *Pluralità identitarie tra bioetica e biodiritto*. Milano: Mimesis Edizioni. Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica

Seppilli, A. (1966). Igiene e medicina preventiva [Hygiene and preventive medicine]. *Annali della sanità pubblica, 27*(2), 253–270.

Stenzel, A. E., Bustamante, G., Sarkin, C. A., Harripersaud, K., Jewett, P., Teoh, D., & Vogel, R. I. (2022). The intersection of sexual orientation with race and ethnicity in cervical cancer screening. *Cancer, 128*(14), 2753–2759. <https://doi.org/10.1002/cncr.34213>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2023). *Lesbian, gay, and bisexual behavioral health: Results from the 2021 and 2022 National Surveys on Drug Use and Health*. Publication n° PEP23-07-01-001. Disponibile in <https://www.samhsa.gov/data/report/LGB-Behavioral-Health-Report-2021-2022>

Terribili, M. (2023). Lo studio della popolazione LGBTQ+ in Italia e nel mondo. La statistica al servizio della lotta alla discriminazione. Disponibile in <https://www.neodemos.info/2023/02/10/lo-studio-della-popolazione-lgbt-in-italia-e-nel-mondo-la-statistica-al-servizio-della-lotta-alla-discriminazione/>

The Williams Institute, UCLA School of Law (gennaio 2019). LGBT Demographic Data Interactive. Available at: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/visualization/lgbt-stats/?topic=LGBT#density>.

Togni, E., Viggiani, G. (2020). *L'importanza della formazione dei professionisti sanitari per migliorare la salute delle persone LGBTI in Italia*. Disponibile in https://opendoorhealth.eu/sites/default/files/attachments/opendoors_national_Italy_IT.pdf

Tran, N. K., Lunn, M. R., Schulkey, C. E., Tesfaye, S., Nambiar, S., Chatterjee, S., Kozlowski, D., Lozano, P., Randal, F. T., Mo, Y., Qi, S., Hundertmark, E., Eastburn, C., Pho, A. T., Dastur, Z., Lubensky, M. E., Flentje, A., & Obedin-Maliver, J. (2023). Prevalence of 12 Common Health Conditions in Sexual and Gender Minority Participants in the All of Us Research Program. *JAMA network open*, 6(7), e2324969. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24969>

Valanis, B. G., Bowen, D. J., Bassford, T., Whitlock, E., Charney, P., & Carter, R. A. (2000). Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample. *Archives of family medicine*, 9(9), 843–853. <https://doi.org/10.1001/archfami.9.9.843>

Workowski, K. A., Bolan, G. A., & Centers for Disease Control and Prevention (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 64(RR-03), 1–137.



World Health Organization [WHO] (August 2015). *Gender*. Fact sheet, 403. Disponibile in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>


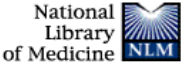
World Health Organization [WHO]. (1948). *Constitution of World Health Organization*. (World Basic Documents). Geneva: World Health Organization


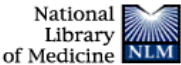
World Health Organization [WHO]. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



ALLEGATI


ALLEGATO 1. TABELLA DI SELEZIONE DEGLI STUDI

Banca dati	Parole chiave	N° documenti		Titolo, Anno, Autori e Link
		trovati	selezionati	
 <p>Ultimo accesso: 4/10/2023</p>	<p><i>LGBT* Health AND Education AND nurs*</i></p> <p>in Best Practice Guidelines</p> <p>Publication year from 2014 to 2024</p>	<p>28</p> <p>27 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca</p>	<p>0</p>	<p>1 escluso dopo visione delle raccomandazioni (non presenti strategie educative)</p>
 <p>Ultimo accesso: 21/02/2024</p>	<p><i>LGBT Health</i></p> <p>in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews</p> <p>No limits</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	
	<p><i>LGBT Health AND teaching methods</i></p> <p>in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Trials</p> <p>Publication year from 2014 to 2024</p>	<p>9</p> <p>2 escluso dopo lettura articolo (non presenti strategie educative o studi sulle opinioni/conoscenze degli studenti)</p> <p>7 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca</p>	<p>0</p>	

Banca dati	Parole chiave	N° documenti		Titolo, Anno, Autori e Link
		trovati	selezionati	
  Ultimo accesso: 02/02/2024	<p><i>LGBT Health AND Cultural competence training</i></p> <p>Filters activated:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ published in the last 5 years ▪ Abstract 	<p>116</p> <p>25 escluso dopo lettura articolo (non presenti strategie educative o studi sulle opinioni/conoscenze degli studenti)</p> <p>1 escluso perché incluso in revisioni già selezionate</p> <p>85 non pertinenti al quesito di ricerca (Educazione sanitaria, problemi sanitari specifici, disparità sanitarie)</p>	5	<p><u>The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmers: A systematic review.</u> McCann E, et al. Nurse Educ Today. 2018. PMID: 29510349. Review.</p> <p><u>Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Education in Healthcare Professional Graduate Programs: A Comparison of Medical, Nursing, and Pharmacy Students.</u> Bleasdale J, et al. J Homosex. 2024. PMID: 35984396</p> <p><u>Nursing students' perceptions of their knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: effectiveness of a multi-purpose assignment in a public health nursing class.</u> Carabez R, et al. J Nurs Educ. 2015 PMID: 25545145</p> <p><u>Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients.</u> Strong KL, Folse VN. J Nurs Educ. 2015 Jan;54(1):45-9. doi: 10.3928/01484834-20141224-07. Epub 2014 Dec 24. PMID: 25535762</p> <p><u>Using Simulation with Nursing Students to Promote Affirmative Practice Toward the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Population: A Multisite Study.</u> Maruca AT, et al. Nurs Educ Perspect. 2018. PMID: 29924750</p>

Banca dati	Parole chiave	N° documenti		Titolo, Anno, Autori e Link
		trovati	selezionati	
  Ultimo accesso: 02/02/2024	<p><i>LGBTQ AND education and nursing student</i></p> <p>Filters activated:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ published in the last 5 years ▪ Abstract 	<p>127</p> <p>13 escluso dopo lettura articolo (non presenti strategie educative o studi sulle opinioni/conoscenze degli studenti)</p> <p>1 escluso perché già compreso nella ricerca precedente</p> <p>110 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca (Educazione sanitaria, problemi sanitari specifici, disparità sanitarie)</p>	3	<p><u>Improving lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning health: Using a standardized patient experience to educate advanced practice nursing students.</u> Kuzma EK, Graziano C, Shea E, Schaller FV Jr, Pardee M, Darling-Fisher CS.</p> <p><u>Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review.</u> Morris M, Cooper RL, Ramesh A, Tabatabai M, Arcury TA, Shinn M, Im W, Juarez P, Matthews-Juarez P. BMC Med Educ. 2019 Aug 30;19(1):325. doi: 10.1186/s12909-019-1727-3.</p> <p><u>Impact of a Formative Program on Transgender Healthcare for Nursing Students and Health Professionals. Quasi-Experimental Intervention Study.</u> García-Acosta JM, Castro-Peraza ME, Arias Rodríguez Á, Perez-Cánovas ML, Sosa-Alvarez MI, Llabrés-Solé R, Perdomo-Hernández AM, Lorenzo-Rocha ND. Int J Environ Res Public Health. 2019 Sep 2;16(17):3205. doi: 10.3390/ijerph16173205.</p>

Banca dati	Parole chiave	N° documenti		Titolo, Anno, Autori e Link
		trovati	selezionati	
 <p>Accesso 24/01/2024</p>	<p><i>LGBT Health AND Education</i></p> <p>Filters activated: published in the last 10 years</p>	<p>43</p> <p>2 esclusi perché già inseriti nella ricerca precedente</p> <p>35 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca</p> <p>6 escluso dopo lettura articolo (non presenti strategie educative o studi sulle opinioni/conoscenze degli studenti)</p>	0	
 <p>Ultimo accesso: 6/09/2023</p>	<p><i>LGBT Health AND teaching methods</i></p> <p>Publication Year from 2014 to 2024</p>	<p>2</p> <p>2 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca (prevenzione primaria)</p>	0	

Banca dati	Parole chiave	N° documenti		Titolo, Anno, Autori e Link
		trovati	selezionati	
 <p>Ultimo accesso: 16/02/2024</p>	<p><i>cultural AND competencies AND lgbt* AND nursing</i></p> <p>in TITLE-ABS-KEY</p> <p>Filters activated:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pub year > 2014 ▪ Limit: article & review 	<p>39</p> <p>3 esclusi perché già inseriti nella ricerca precedente</p> <p>34 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca</p>	2	<p>LGBTQ+ health education interventions for nursing students: A systematic review (2023) Yu, H., Bauermeister, J.A., Flores, D.D. Nurse Education Today, 121, 105661</p> <p>Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project (2020) Donisi, V., Amaddeo, F., Zakrzewska, K., ...Mirandola, M., Rosinska, M. Patient Education and Counseling, 103(5), pp. 978–987</p>
	<p><i>lgbt* OR transgender AND nurs* AND education AND adult</i></p> <p>in TITLE-ABS-KEY</p> <p>Filters activated:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pub year > 2014 ▪ Limit: article & review (document) ▪ nursing & medicine (area) ▪ English (language) 	<p>107</p> <p>3 esclusi perché già inseriti nella ricerca precedente</p> <p>102 esclusi perché non pertinenti al quesito di ricerca</p> <p>9 dopo lettura articolo (non presenti strategie educative o studi sulle opinioni/conoscenze degli studenti)</p>	2	<p>Assessing knowledge, attitudes and beliefs of nurses about LGBTQ older adults using a documentary video (2022) Dutton, S., Cimino, A.N., Lombardo, M., ...Wright, N., Gerstenhaber, M. Nurse Education Today, 108, 105177</p> <p>Providing trans-affirming care for sexual assault survivors: An evaluation of a novel curriculum for forensic nurses (2020) Du Mont, J., Saad, M., Kosa, S.D., Kia, H., Macdonald, S. Nurse Education Today, 93, 104541</p>