

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea:

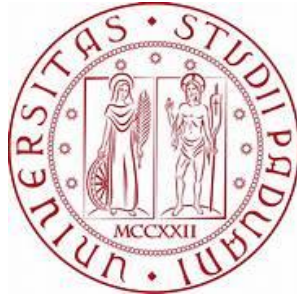
**L'INFLUENZA DEI PREGIUDIZI DEGLI INFERMIERI
NELLA CURA E NELLA SALUTE DEI PAZIENTI
LGBTQ+**

Relatore: Prof. Mantoan Claudio

Laureando: Ferrarato Mila

Matricola: 2011249

Anno Accademico 2022-2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea:

**L'INFLUENZA DEI PREGIUDIZI DEGLI INFERMIERI
NELLA CURA E NELLA SALUTE DEI PAZIENTI
LGBTQ+**

Relatore: Prof. Mantoan Claudio

Laureando: Ferrarato Mila

Matricola: 2011249

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

BACKGRUND: i pregiudizi sono quelle convinzioni preconcepite, nella maggior parte dei casi “negative”, verso un’altra persona o gruppo, prima di qualsiasi contatto o esperienza con quella persona o gruppo. I pregiudizi possono includere emozioni che vanno dal lieve nervosismo all’odio, presupposti e credenze sui gruppi, inclusi gli stereotipi e comportamenti negativi, tra cui discriminazione e violenza. Il paziente che si identifica come appartenente alla comunità LGBTQ+ è fortemente soggetto a pregiudizi, tanto da andare ad influire sulla sua salute e sul trattamento sanitario ricevuto da infermieri e operatori sanitari.

OBIETTIVO: l’obiettivo di questa tesi è quello di indagare l’esistenza e la presenza di pregiudizi negli infermieri e se questi influenzano la cura e la salute dei pazienti LGBTQ+.

STRATEGIA DI RICERCA: per la stesura del presente lavoro è stata eseguita una ricerca nelle banche dati: PubMed e Cochrane Library. Sono stati utilizzati, inoltre, i motori di ricerca Google e Google Scholar.

RISULTATI: la ricerca in letteratura, per la seguente tematica, ha permesso di individuare dieci studi, tra cui nove revisioni sistematiche e un’indagine nazionale. In base ai risultati affiorati dall’analisi globale di tutti gli studi, è emerso che i pregiudizi legati ai pazienti LGBTQ+ sono presenti negli infermieri e vanno ad alterarne la salute, la cura e l’accesso ai servizi sanitari.

CONCLUSIONI: la ricerca in letteratura ha permesso di individuare i pregiudizi, di identificare in che modo influenzassero i pazienti LGBTQ+ e la presenza di eventuali metodi per l’attenuazione e/o l’eliminazione di questi.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I-PROBLEMA	5
1.1 PREGIUDIZI	5
1.2 STEREOTIPO.....	6
1.3 STIGMA	7
1.4 LGBTQ+.....	7
1.5 DIRITTI UMANI FONDAMENTALI	8
1.6 NURSING TRANSCULTURALE ED ETNOCENTRISMO	9
1.7 ADVOCASY	10
1.8 SVANTAGGIO CORROSIVO	10
1.9 STRESS DELLE MINORANZE.....	11
CAPITOLO II-MATERIALI E METODI	13
2.1 DISEGNO DELLO STUDIO	13
2.2 OBIETTIVO DELLO STUDIO	13
2.3 QUESITI DI RICERCA	13
2.4 METODO DI RICERCA.....	13
2.5 PAROLE CHIAVE DI RICERCA	13
2.6 FONTI DEI DATI.....	14
2.7 CRITERI DI SELEZIONE	14
CAPITOLO III-RISULTATI DELLA RICERCA	15
3.1 PREMESSA.....	15
3.2 PRESENTAZIONE DEGLI STUDI.....	15
3.2.1 <i>Studi sulla presenza dei pregiudizi e le implicazioni nella cura e nella salute dei pazienti:</i>	15
3.2.2 <i>Rassegna dei risultati principali sulla presenza di pregiudizi impliciti generali negli infermieri e operatori sanitari:</i>	18
3.2.3 <i>Studi riguardo programmi per la riduzione dei pregiudizi e il miglioramento del trattamento dei pazienti LGBTQ+:</i>	23
3.2.4 <i>Rassegna dei risultati principali inerenti alla presenza e all'influenza dei pregiudizi sulla salute e sul trattamento dei pazienti LGBTQ+:</i>	26
3.2.5 <i>Risultati principali inerenti alla formazione e alle competenze dei professionisti sanitari riguardo la comunità LGBTQ+:</i>	27
CAPITOLO IV-DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	31

4.1 DISCUSSIONE	31
4.2 IMPLICAZIONI PER LA RICERCA	31
4.3 CONCLUSIONE	32
BIBLIOGRAFIA	33
SITOGRAFIA	35
ALLEGATI.....	37

INTRODUZIONE

Art.3 Codice Deontologico dell'infermiere: “*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, etnia, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare”.

(Saiani, *et al.*, 2020)

In una società, nella quale ancora oggi esprimere la propria vera identità espone a rischi di violazioni dei diritti umani, violenza di genere, tortura o aggressioni anche letali da parte di membri dello stato, della comunità e della famiglia mi sembra doveroso affrontare questo problema.

Ogni giorno al telegiornale, alla radio, nel giornale si sentono notizie di questo genere e la motivazione che mi ha spinto a compiere questa ricerca è stata quella di capire quanto questa situazione sia presente nel mondo sanitario, volontariamente o involontariamente.

Nella seguente revisione si intende affrontare la questione dell'influenza dei pregiudizi degli infermieri nella cura e nella salute dei pazienti LGBTQ+.

L'obiettivo è quello di mostrare se sono presenti pregiudizi negli operatori sanitari, se questi pregiudizi influenzano l'assistenza sanitaria erogata e la relativa salute del paziente, e se esistono vie per il miglioramento.

Riassumendo il percorso compiuto troviamo: nel primo capitolo vengono esposti dei concetti teorici generali relativi all'argomento, nel secondo viene trattata la metodologia usata per la ricerca, nel terzo vengono trattati gli studi trovati con i risultati principali e nel quarto vengono esposte la discussione e la conclusione.

CAPITOLO I-PROBLEMA

1.1 PREGIUDIZI

L'American Psychological Association definisce il termine pregiudizio in due modi:

- Un atteggiamento negativo verso un'altra persona o gruppo, prima di qualsiasi esperienza con quella persona o gruppo. I pregiudizi includono una componente affettiva (emozioni che vanno dal lieve nervosismo all'odio), una componente cognitiva (presupposti e credenze sui gruppi, inclusi gli stereotipi) e una componente comportamentale (comportamenti negativi, tra cui discriminazione e violenza).

I pregiudizi sono forme mentali di valutazione che tendono ad essere resistenti al cambiamento e distorcono la percezione delle informazioni relative al gruppo o all'individuo. Ad esempio, il pregiudizio basato sul raggruppamento razziale è definito razzismo; il pregiudizio basato sul sesso è sessismo; il pregiudizio basato sull'età cronologica è l'ageismo; e il pregiudizio basato sulla disabilità è l'abilismo;

- Qualsiasi atteggiamento o visione preconcepita, sia favorevole che sfavorevole.

Si suddividono i pregiudizi in due categorie:

Pregiudizio *implicito*: si tratta di un atteggiamento negativo, di cui non si è consciamente consapevoli, nei confronti di un determinato gruppo sociale (American Psychological Association, Dictionary of Psychology).

Influenzano quindi la nostra comprensione, le nostre azioni e le nostre decisioni in modo inconsapevole (The Kirwan Institute, 2012). Si attivano involontariamente, senza consapevolezza o controllo intenzionale, e tutte le persone sono suscettibili a credenze razziste a livello inconscio (Bouley e Reinking, 2021).

I pregiudizi impliciti non sono sempre negativi e ci possono aiutare ad interpretare e interagire rapidamente con il mondo (Baumeister et al., 2007).

Le associazioni implicite sono variamente caratterizzate come processi mentali inconsci, incontrollabili, non introspettivi o irrazionali, alcuni dei quali possono influenzare i nostri giudizi dando luogo a pregiudizi indesiderati. Questi pregiudizi impliciti si verificano tra un attributo di gruppo o di categoria, come l'essere nero, e una valutazione negativa sottile, come "cattivo" (pregiudizio implicito) nella letteratura psicologica, o un altro attributo di valutazione/categoria più denso, come "violento" (stereotipo implicito) nella letteratura psicologica.

Si manifestano soprattutto nel nostro comportamento non verbale verso gli altri, come nella frequenza del contatto visivo e nella vicinanza fisica, ma influenzano anche i nostri pensieri e le nostre decisioni coscienti in molteplici modi. I pregiudizi impliciti possono spiegare una potenziale dissociazione tra ciò che una persona crede e vuole fare esplicitamente (ad esempio trattare allo stesso modo genitori di generi diversi) e le sue azioni concrete (ad esempio giudicare un uomo come un genitore meno competente e decidere di non lasciare suo figlio con lui).

(Brownstein e Saul, 2016)

Pregiudizio esplicito: si tratta di atteggiamenti e convinzioni, negative e non, nei confronti di uno specifico gruppo sociale riconosciuto consapevolmente, ma non espresso pubblicamente. La persona è quindi consapevole e può segnalare questo tipo di pregiudizio (American Psychological Association, Dictionary of Psychology).

Poiché i pregiudizi espliciti si pongono a livello di consapevolezza, possono generare sentimenti di imbarazzo, paura o vergogna, dovuti al desiderio di essere politicamente corretti quando si discute.

Al contrario, alcuni individui possono essere orgogliosi dei loro pregiudizi espliciti, agendo e affermando tali pregiudizi attraverso scherzi, pratiche discriminatorie, di esclusione o di violenza. (Bouley e Reinking, 2021).

1.2 STEREOTIPO

Viene definito come un insieme di generalizzazioni cognitive (ad esempio, credenze, aspettative) relativamente alle qualità e alle caratteristiche dei membri di un gruppo, o di una categoria sociale. Gli stereotipi, come gli schemi, semplificano e accelerano le percezioni e i giudizi, ma sono spesso esagerati, negativi piuttosto che positivi e resistenti alla revisione anche quando chi percepisce incontra individui con qualità non congruenti con lo stereotipo.

Vengono suddivisi in due categorie principali:

Stereotipo negativo: uno stereotipo che pretende di descrivere le qualità e le caratteristiche indesiderabili, discutibili o inaccettabili dei membri di un particolare gruppo o categoria sociale.

Stereotipo *positivo*: uno stereotipo che pretende di descrivere le qualità e le caratteristiche ammirevoli, desiderabili o benefiche dei membri di un particolare gruppo o categoria sociale. (American Psychological Association, Dictionary of Psychology)

1.3 STIGMA

Si riferisce all'atteggiamento sociale negativo legato a una caratteristica di un individuo che può essere considerata una deficienza mentale, fisica o sociale. Uno stigma implica disapprovazione sociale e può portare ingiustamente alla discriminazione e all'esclusione dell'individuo. (American Psychological Association, Dictionary of Psychology).

1.4 LGBTQ+

Acronimo di origine anglosassone utilizzato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer.

Per spiegare il significato di questa sigla, che può creare confusione, di seguito vengono illustrati diversi termini che aiuteranno a fare chiarezza.

Orientamento sessuale: si riferisce ad un modello duraturo di attrazione emotiva, romantica e/o sessuale verso uomini, donne o entrambi i sessi. Oltre a questo, l'orientamento sessuale si riferisce anche al senso di identità di una persona basato su quelle attrazioni, sui comportamenti correlati e sull'appartenenza a una comunità di altri che condividono quelle attrazioni. L'orientamento sessuale è distinto da altre componenti del sesso e del genere come:

- Il *sesso biologico*: caratteristiche anatomiche, fisiologiche e genetiche associate all'essere maschio o femmina;
- *l'identità di genere*: il senso psicologico di essere maschio, femmina o qualcos'altro;
- *l'espressione di genere*: il modo in cui una persona comunica la propria identità di genere agli altri attraverso il comportamento, l'abbigliamento, le acconciature, la voce o le caratteristiche del corpo;
- *il ruolo sociale di genere*: le norme culturali che definiscono il comportamento femminile e maschile.

Le tre categorie di orientamento sessuale principali sono:

- *Eterosessuale*: provare attrazione emotiva, romantica o sessuale verso membri dell'altro sesso;
- *Omosessuale*: provare attrazione emotiva, romantica o sessuale verso membri del proprio sesso;
- *Bisessuale*: provare attrazione emotiva, romantica o sessuale verso sia donne che uomini.

Quindi, andando ad analizzare l'acronimo LGBTQ+, abbiamo: la lettera "L" che sta per "Lesbiche", la lettera "G" per "Gay", la lettera "B" per "Bisessuale", la lettera "T" per "Transgender" e la lettera "Q" per "Queer".

Per quanto riguarda il termine *transgender* viene usato per persone la cui identità di genere, espressione di genere o comportamento non è conforme a quello tipicamente associato al sesso a cui sono stati assegnati alla nascita. (American Psychological Association, 2008).

Il termine *Queer* ha una storia controversa. Si tratta di un aggettivo che inizialmente aveva un significato prevalentemente peggiorativo, riferito a gay e lesbiche o relativo all'orientamento omosessuale. L'uso originario, e ancora presente nell'uso comune della parola, veniva usato per descrivere tutto ciò che è strano o bizzarro; poi è stato esteso ai gay alla fine del XIX e per gran parte del XX secolo, quando ha acquisito una connotazione prevalentemente negativa. Alla fine degli anni Sessanta e successivamente, grazie alla rivoluzione sessuale, è stato fatto proprio da alcuni membri della comunità gay come termine di identificazione privo di connotazione negativa e, anzi, diventato un'etichetta di orgoglio e di rispetto per sé stessi. Questo uso, tuttavia, non è accettato da tutti i membri della comunità gay. (American Psychological Association, Dictionary of Psychology).

1.5 DIRITTI UMANI FONDAMENTALI

I *diritti umani* fondamentali rappresentano i diritti inalienabili e intrinseci che spettano ad ogni individuo semplicemente in quanto essere umano, indipendentemente dalla loro nazionalità, etnia, genere, religione, orientamento sessuale, o qualsiasi altra caratteristica. Questi diritti sono considerati fondamentali in quanto costituiscono le basi essenziali per la dignità, la libertà e il benessere di ogni persona.

In particolare, si vuole fare riferimento all'Art.25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il quale è così formulato:

1. Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà;

2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale. (Senato della repubblica, 2018)

1.6 NURSING transculturale ED ETNOCENTRISMO

Il *nursing transculturale* è un approccio, nell'ambito dell'assistenza infermieristica, che si concentra sull'integrazione della conoscenza e della sensibilità culturale, nella pratica infermieristica. L'obiettivo principale è di individuare i valori culturali diversi dai propri e quindi quello di fornire un'assistenza infermieristica efficace, centrata sul paziente e rispettosa delle differenze culturali, etniche e sociali dei pazienti.

Nell'assistenza infermieristica transculturale è essenziale imparare a dare valore, apprezzare e capire i punti di vista e i modi di vivere diversi dal proprio. Importante concetto, di questa branca dell'infermieristica, è l'*etnocentrismo*. Si riferisce alle convinzioni che i propri modi di agire, credere o comportarsi siano i migliori, i superiori o i preferibili. È un fenomeno universale. (Saiani, et al., 2020).

William Graham Sumner (1906) a riguardo esprimeva che: "Etnocentrismo è il termine tecnico che designa una concezione per la quale il proprio gruppo è considerato il centro di ogni cosa, e tutti gli altri sono classificati e valutati in rapporto ad esso. I costumi di gruppo sono vincolati a questa concezione, sia nella loro relazione interna che nella relazione esterna. Ogni gruppo alimenta il suo orgoglio e la sua vanità, proclama la sua superiorità, esalta le proprie divinità e considera con disprezzo gli stranieri. Ogni gruppo ritiene che i propri costumi siano gli unici giusti e se osserva che altri gruppi hanno costumi diversi, li considera con disprezzo. Da queste differenze derivano epiteti ignominiosi, di disprezzo e di disgusto. Il fatto più importante è che

l'etnocentrismo conduce un popolo a esagerare e a intensificare tutti quegli elementi dei suoi costumi che sono peculiari e che lo differenziano dagli altri. Di conseguenza l'etnocentrismo rafforza i costumi di gruppo”.

1.7 ADVOCASY

Una componente essenziale del ruolo infermieristico è l'*advocacy*, soprattutto per le popolazioni che vengono definite emarginate. Il termine *advocacy* ha origine a partire dalla definizione di avvocato, che significa “chiamato in causa per perorare la causa di un altro davanti a un tribunale o ad una corte” (Hyland, 2002).

Riportando questo concetto nell'ambito infermieristico, si può assumere che le azioni di *advocacy* da parte del professionista infermieristico devono essere basate sul riconoscimento dei diritti umani dell'assistito, quali autodeterminazione e integrità personale, affinché si porti questi ad una sua individuale e personale responsabilizzazione (Josse-Eklund et al., 2014). In una visione più generale vuol dire quindi l'essere promotore, sostenitore e difensore pubblico di qualcun altro.

1.8 SVANTAGGIO CORROSIVO

I vulnerabili nell'assistenza sanitaria sono tipicamente membri di gruppi che sono già svantaggiati a molti livelli. A questo proposito sono rilevanti i lavori della filosofia politica, come il concetto di "svantaggio corrosivo" di De-Shalit e Wolff, uno svantaggio che può portare ad altri svantaggi. Per esempio, se una persona è povera e costantemente preoccupata di arrivare a fine mese, questo è uno svantaggio in sé, ma può essere corrosivo quando porta a ulteriori svantaggi.

In un Paese come la Svizzera, dove l'assicurazione sanitaria privata è obbligatoria e i premi annuali possono essere ridotti aumentando la franchigia, una franchigia elevata può indurre una persona a non recarsi dal medico a causa del costo potenziale sostenuto. Questo, a sua volta, potrebbe significare che la diagnosi di una malattia grave viene ritardata, con conseguente peggioramento della salute. In questo caso, l'essere poveri è uno svantaggio corrosivo perché porta a un ulteriore svantaggio di cattiva salute. Questo concetto è un esempio ma può essere associato anche ad altro. (Vallentyne, 2009).

1.9 STRESS DELLE MINORANZE

Virginia Brooks è un'autrice nota per i suoi contributi nel campo della salute mentale, in particolare per quanto riguarda lo stress delle minoranze e le questioni legate all'equità nella salute. Fu la prima donna lesbica a condurre uno studio sulle disparità sanitarie. Nel suo libro "*Minority Stress and Lesbian Women*" pubblicato nel 1981 mostra come l'esposizione a fattori di stress culturali, sociali ed economici si traduca in stress psicologico e biofisico per le persone LGBTQ (Brooks, 1981).

CAPITOLO II-MATERIALI E METODI

2.1 DISEGNO DELLO STUDIO

È stata condotta una revisione della letteratura

2.2 OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questa tesi è quello di indagare l'esistenza e la presenza di pregiudizi negli infermieri, e se questi influenzano la cura e la salute dei pazienti LGBTQ+.

2.3 QUESITI DI RICERCA

I quesiti per questa revisione della letteratura sono:

- Gli infermieri presentano pregiudizi nei confronti dei pazienti LGBTQ+?
- Se presenti, influiscono nella cura e nella salute del paziente LGBTQ+?
- Eventuali metodi per attenuarli e/o eliminarli

2.4 METODO DI RICERCA

Population (Popolazione)	Infermieri
Exposition (Esposizione)	Pregiudizi da parte degli infermieri
Outcomes (Esito)	Influenza nella cura e nella salute LGBTQ+

2.5 PAROLE CHIAVE DI RICERCA

Per questa ricerca sono state utilizzate le seguenti *keywords*:

- Prejudices;
- Nurses;
- Healthcare disparities;
- Sexual and gender minorities;
- Nursing;
- Stereotyping;
- Nursing education;

- LGBTQ.

Operatori booleani utilizzati: *AND* e *OR*.

2.6 FONTI DEI DATI

Per l'elaborazione del seguente lavoro è stata condotta una ricerca nelle seguenti banche dati: PubMed, Cochrane, e l'operatore di ricerca Google e Google Scholar.

2.7 CRITERI DI SELEZIONE

- Periodo di pubblicazione: dal 2009 al 2023;
- Tipologia di documento cercato: revisione sistematica, RCTs, studi randomizzati controllati quasi sperimentali;
- Studi che disponevano di full-text;
- Studi coerenti con i quesiti di ricerca;
- Partecipanti: infermieri, pazienti che si identificano nel termine LGBTQ+, medici e altri professionisti della salute;
- Età dei partecipanti: qualsiasi età;
- Lingua: inglese.

CAPITOLO III-RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 PREMESSA

Per la seguente ricerca sono state selezionate tutte revisioni della letteratura, essendo stati i tipi di studio più presenti nelle banche dati utilizzate, ad eccezione di uno studio. Per rientrare nella selezione dovevano rispondere ai quesiti di ricerca e all'obiettivo prefissato. Sono stati raggruppati in relazione all'argomento in vari paragrafi.

3.2 PRESENTAZIONE DEGLI STUDI

3.2.1 Studi sulla presenza dei pregiudizi e le implicazioni nella cura e nella salute dei pazienti:

Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review (FitzGerald & Hurst, 2017):

Revisione sistematica

Obiettivo: esaminare le prove che dimostrino i pregiudizi impliciti degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti.

Metodo: sono stati inclusi studi empirici e studi che identificavano gli impliciti piuttosto che gli espliciti. I partecipanti erano medici ed infermieri che avevano completato gli studi.

Risultati e conclusioni: tutti gli studi che hanno analizzato le correlazioni hanno riscontrato una relazione positiva significativa tra il livello di pregiudizi impliciti e la minore qualità delle cure. Questo evidenzia la necessità di affrontare il ruolo dei pregiudizi impliciti nella disparità nell'assistenza sanitaria.

Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey (Elliott et al., 2015):

Indagine nazionale

Obiettivo: confrontare le esperienze di salute e assistenza sanitaria delle minoranze sessuali con quelle delle persone eterosessuali dello stesso sesso, tenendo conto dell'età, della razza/etnia e dello stato socioeconomico.

Campione: l'indagine è stata inviata per posta a 5,56 milioni di adulti iscritti al servizio sanitario nazionale. In totale hanno risposto 2.169.718 persone, tra cui 27.497 persone che si sono definite gay, lesbiche o bisessuali.

Misure principali: due misure dello stato di salute (discreto/scarsa salute complessiva e presenza di una condizione psicologica di lunga durata) e quattro misure di esperienze negative per i pazienti (nessuna fiducia o sicurezza nel medico, comunicazione del medico scarsa/molto scarsa, comunicazione dell'infermiere scarsa/molto scarsa, abbastanza/molto insoddisfatto dell'assistenza in generale).

Risultati e conclusioni: le minoranze sessuali avevano una probabilità da due a tre volte maggiore di riferire di avere un problema psicologico o emotivo di lunga durata rispetto alle controparti eterosessuali, di dichiarare uno stato di salute mediocre e, corrette le caratteristiche sociodemografiche e lo stato di salute, di riferire esperienze sfavorevoli con ciascuno dei quattro aspetti dell'assistenza primaria di più rispetto alle persone eterosessuali.

È quindi necessario impegnarsi per riconoscere i bisogni e migliorare le esperienze delle minoranze sessuali.

Decision making biases in the allied health professions: A systematic scoping review (Featherston et al., 2020):

Revisione sistematica

Obiettivo: mira a identificare e sintetizzare un'ampia gamma di ricerche che studiavano se le decisioni prese dagli operatori sanitari fossero influenzate da pregiudizi cognitivi, affettivi o di altro tipo.

Metodo: è stata effettuata una sintesi narrativa, concentrandosi sul tipo di professione sanitaria, sul tipo di decisione e sul tipo di pregiudizio riportato negli studi inclusi.

Risultati e conclusioni: gli studi hanno esaminato la presenza di oltre 30 pregiudizi cognitivi, affettivi e di altro tipo nel processo decisionale, tra cui pregiudizi di stereotipizzazione, ancoraggio e pregiudizi di conferma. Complessivamente, il 77% degli studi ha riportato almeno un risultato che rappresentava la presenza di un bias. I pregiudizi sono potenzialmente in grado di influenzare seriamente la qualità, la coerenza e l'accuratezza del processo decisionale nella pratica della salute. Nella maggior parte degli studi si ipotizza che la presenza di bias abbia un impatto negativo sul processo decisionale e di conseguenza sull'esito della decisione per un cliente/paziente.

Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: A scoping review (Thirsk et al., 2022):

Revisione sistematica

Obiettivo: mappare le evidenze e i concetti chiave relativi ai pregiudizi nel giudizio e nel processo decisionale degli infermieri, compresi gli interventi per correggere o superare tali pregiudizi.

Metodo: scoping review utilizzando la metodologia Joanna Briggs. I criteri di inclusione erano la ricerca primaria sui pregiudizi degli infermieri, l'evidenza di una decisione o azione infermieristica e la lingua inglese.

Risultati e conclusioni: in primo luogo, sono stati studiati numerosi bias cognitivi e impliciti in ambito infermieristico e la maggior parte di questi dimostra l'esistenza di pregiudizi. In secondo luogo, è stato dimostrato che una vasta gamma di giudizi e decisioni infermieristiche è influenzata da questi pregiudizi. In terzo luogo, l'evidenza empirica sugli interventi di debiasing efficaci in ambito infermieristico è limitata.

The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review (Flentje et al., 2020):

Revisione sistematica

Obiettivo: identificare le relazioni empiricamente stabilite tra i processi di stress delle minoranze e gli esiti biologici, e di identificare le strade per la ricerca futura.

Metodo: per essere inclusi nell'analisi, gli studi dovevano esaminare la relazione tra lo stress delle minoranze e un esito biologico tra gli individui appartenenti a minoranze sessuali.

Risultati e conclusioni: lo stress delle minoranze è stato correlato alla salute fisica, all'incidenza di infezioni respiratorie, alla risposta immunitaria, ai risultati di laboratorio, ai sintomi, agli effetti collaterali del trattamento e alla mortalità per AIDS, ai cambiamenti nella funzione cardiovascolare, all'IMC, al cortisolo, all'incidenza del cancro e agli effetti collaterali del trattamento.

3.2.2 Rassegna dei risultati principali sulla presenza di pregiudizi impliciti generali negli infermieri e operatori sanitari:

Quasi tutti gli studi appena descritti hanno trovato prove di pregiudizi impliciti tra medici e infermieri, potendo portare così il paziente ad essere valutato, diagnosticato e/o a ricevere un trattamento o un servizio diverso, a causa della presenza o dell'assenza di informazioni che non avrebbero dovuto avere un ruolo nel processo decisionale.

I pregiudizi più presenti riguardavano: la razza, lo stato socioeconomico, l'età, il sesso, il peso, le malattie mentali, i tossicodipendenti e HIV/AIDS correlati.

Si riscontra una correlazione significativa tra alti livelli di pregiudizi impliciti dei medici nei confronti dei neri sui punteggi IAT (*Implicit Association Test*) e l'interazione valutata negativamente dai pazienti neri (Cooper et al., 2012; Penner et al., 2010; Blair et al., 2013), e anche negativamente da osservatori esterni (Cooper et al., 2012).

Altri studi hanno trovato una correlazione significativa tra alti livelli di pregiudizio implicito pro-bianco e risposte al trattamento che favorivano i pazienti specificati come bianchi (Peris, Teachman, Nosek, 2008; Sabin, Greenwald, 2012; Sabin, Rivara, 2008).

In uno studio, il pregiudizio implicito degli infermieri nei confronti dei consumatori di droghe per via parenterale ha mediato in modo significativo la relazione tra lo stress lavorativo e l'intenzione di cambiare lavoro (W. Von Hippel, Loren Brener, C. Von Hippel, 2008).

Venti dei venticinque studi nella revisione di FitzGerald e Hurst (2017) hanno rilevato che i tipi di pregiudizio erano evidenti nella diagnosi, nelle raccomandazioni terapeutiche, nel numero di domande poste al paziente, nel numero di esami ordinati o in altre risposte

Anche nello studio di Featherston, Downie, Vogel, Galvin (2020), su un totale di 149 studi inclusi, il 77% ha riportato almeno un risultato che rappresentava la presenza di un bias, e nella maggior parte degli studi si ipotizza che la presenza di bias abbia un impatto negativo sul processo decisionale e, di conseguenza, sull'esito della decisione per un cliente/paziente.

I pregiudizi influenzano anche la scelta degli infermieri di intensificare le loro preoccupazioni su un paziente, chiamando ad esempio un medico o un team di pronto intervento (Cioffi, 2001; Degitz, 2017).

Nei casi più gravi, i pregiudizi nei giudizi clinici possono portare alla morte (Acquaviva et al., 2013).

Hall et al. (2015) hanno condotto una revisione sistematica per identificare gli studi che hanno valutato se i pregiudizi razziali impliciti fossero dimostrati tra gli operatori sanitari, compresi quelli medici, infermieristici e di assistenza sanitaria, e se questo a sua volta alterasse i risultati sanitari. La maggior parte dei 15 studi identificati ha riportato livelli di pregiudizio medio-bassi e i pregiudizi razziali impliciti sono risultati significativamente correlati alle interazioni tra paziente e operatore, alle decisioni terapeutiche, all'aderenza al trattamento e agli esiti sanitari dei pazienti.

Successivamente, nella ricerca di Mill et al. (2013), gli infermieri hanno riferito di aver osservato che ai pazienti sieropositivi venivano assegnate stanze più lontane dalla postazione infermieristica, che non venivano girati nel letto e che le padelle e i vassoi dei pasti venivano rimossi in ritardo dalla stanza.

Alcuni studi, anche se in quantità minore, non hanno trovato prove di pregiudizi. Per esempio, uno studio ha utilizzato interazioni simulate con attori, che possono indurre i partecipanti a comportarsi al meglio nel gioco di ruolo non evidenziando pregiudizi (Barnato, Mohan, Downs, Bryce, Angus, Arnold, 2011). Due studi che non hanno rilevato alcuna evidenza di bias nella diagnosi di depressione hanno riscontrato che le stime dello stato socioeconomico (SSE), da parte dei medici, erano influenzate dalla razza: si stimava uno stato socioeconomico più basso per i pazienti di colore (Kales et al. 2005). Uno ha riportato che le stime dello SSE erano a loro volta significativamente correlate alle stime del comportamento del paziente: un SSE più basso era associato a un comportamento ostile del paziente (Helen C. Kales et al. 2005).

Dall'analisi di questi studi, per verificare la presenza di pregiudizi impliciti negli operatori sanitari, il metodo più utilizzato è stato il metodo *IAT* (*Implicit Association Test*).

Premessa all'argomento: quando si agisce nell'ambiente, si esegue un compito o si prende una decisione, a causa dei limiti di capacità e funzionamento dei processi

mentali, non tutte le informazioni rilevanti sono elaborate in modo consapevole. Il riconoscimento di un volto non è accompagnato dal recupero di tutte le conoscenze e i ricordi associati alla specifica persona; quando si legge un testo ci si concentra sul significato delle parole ma dopo un certo intervallo di tempo ci si accorge di ricordare la posizione delle frasi sulla pagina o di ricordare dettagli della stanza in cui ci si trovava, anche se a queste informazioni non si è prestata attenzione. L'elaborazione di conoscenze e stimoli è in larga parte implicita e si basa su procedure automatiche che sono efficaci e funzionali ma espongono le persone all'influenza di pregiudizi, semplificazioni e stereotipi di cui non ci si rende conto.

La conoscenza è organizzata in schemi e rappresentazioni che sono alla base dei processi di riconoscimento, comprensione, memoria e ragionamento. Ogni informazione è funzionalmente legata a molte altre per formare una complessa rete associativa. Ogni parola udita o letta è elaborata non isolatamente, ma insieme a tutte quelle a cui è collegata, e che si attivano in modo automatico. Di fronte alla frase "Ha vinto in cinque set" una persona esperta non ha difficoltà a comprendere che ci si riferisce a una partita di tennis giocata in un torneo. Nella vita di tutti i giorni, l'organizzazione in schemi di conoscenza consente di agire in modo rapido e adeguato, come se si attivasse un pilota automatico in grado di affrontare ogni situazione. Gli schemi però descrivono gli oggetti e gli eventi in termini generali senza considerare le situazioni specifiche o i singoli esemplari, riportano le proprietà principali e più frequenti e non i dettagli e le eccezioni, descrivono ciò che è probabile o ciò che la persona ha osservato più frequentemente e non ciò che accade concretamente.

Tutto questo può portare a conclusioni sbagliate o a errori di memoria. Se una persona dice "Sono andato al ristorante" immediatamente si pensa che sia andata a mangiare (e quasi sempre è così), ma potrebbe anche essere andata per cercare un lavoro o per fare una consegna. Un testimone che ha assistito a una rapina in banca commessa da una persona con il volto coperto potrebbe riferire di aver visto un uomo e non una donna solo perché sa che i rapinatori sono spesso di sesso maschile. Allo stesso modo, proprio in quanto strutture di conoscenza, gli schemi possono favorire stereotipi e pregiudizi. Sapere che nella maggioranza dei casi i chirurghi sono uomini, gli insegnanti nella scuola primaria sono donne e gli italiani sono battezzati può portare a concludere, erroneamente, che tutti i chirurghi siano uomini, che nella scuola primaria

debbano insegnare solo donne, che essere italiani coincida con l'essere cristiani. Prendere coscienza dell'esistenza di questi bias dovuti al funzionamento dei processi mentali, può aiutare a praticare l'arte del dubbio, a sospendere il giudizio e a prevenire errori; in definitiva, può contribuire a adottare comportamenti più rispettosi, prendere decisioni eque, rinforzare la democrazia.

Per studiare l'organizzazione delle conoscenze non è sufficiente chiedere alle persone di esplicitare opinioni o di descrivere il significato delle parole, ma è utile usare anche dei test che li rilevano indirettamente (e.g. compiti di categorizzazione o decisione lessicale) e analizzare i tempi di risposta (Zogmeister e Castelli, 2008).

(Cubelli, Della Sala, 2020)

Come funziona: nell'esecuzione dello *IAT* ti viene chiesto di ordinare rapidamente le parole in categorie che si trovano sul lato sinistro e destro dello schermo del computer, premendo il tasto "e" se la parola appartiene alla categoria a sinistra e la "i" se la parola appartiene alla categoria a destra. Lo *IAT* è composto da cinque parti principali.

Nella prima parte dello *IAT*, si ordinano le parole relative ai concetti (ad esempio, persone grasse, persone magre) in categorie. Quindi, se la categoria "Persone di colore" fosse a sinistra e sullo schermo apparisse l'immagine di una persona di colore, premeresti il tasto "e".

Nella seconda parte dello *IAT* si ordinano le parole relative alla valutazione (es. buono, cattivo). Quindi, se la categoria "buono" fosse a sinistra e sullo schermo apparisse una parola piacevole, premeresti il tasto "e".

Nella terza parte dello *IAT*, le categorie vengono combinate e ti viene chiesto di ordinare sia i concetti che le parole di valutazione. Quindi le categorie sul lato sinistro sarebbero "Persone grasse/Parole buone" e le categorie sul lato destro sarebbero "Persone magre/Parole cattive". È importante notare che l'ordine in cui i blocchi vengono presentati varia a seconda dei partecipanti, quindi, alcune persone eseguiranno prima la parte "Persone grasse/Parole buone", "Persone magre/Parole cattive" e altre persone faranno la parte "Persone grasse/Parole cattive", "Persone magre/Parole buone".

Nella quarta parte dello *IAT* cambia la collocazione dei concetti. Se prima la categoria "Persone di colore" fosse a sinistra, ora sarebbe a destra.

Nella parte finale dello IAT le categorie vengono combinate in modo opposto rispetto a prima. Se in precedenza la categoria a sinistra era “Persone di colore/Parole buone”, ora sarebbe “Persone di colore/Parole cattive”.

Come viene valutato: il Test di Associazione Implicita (IAT) misura la forza delle associazioni tra concetti (ad esempio, persone di colore, persone gay) e valutazioni (ad esempio, parole buone, parole cattive) o stereotipi (ad esempio, atletico, goffo). L'idea principale è che creare una risposta è più semplice quando elementi strettamente correlati condividono la stessa chiave di risposta. Diremmo che si ha una preferenza implicita per le persone eterosessuali rispetto alle persone gay se sono più veloci nel completare l'attività quando “Persone eterosessuali, Buone parole” e “Persone gay, Parole cattive” sono accoppiate insieme rispetto a quando sono accoppiate insieme “Persone gay, Buone parole” e “Persone eterosessuali, Parole cattive”. Il punteggio IAT si basa sul tempo impiegato da una persona, in media, per ordinare le parole nella terza parte dello IAT rispetto alla quinta parte dello IAT.

(About the IAT – Project Implicit, s.d.)

Video dell'esperta Maddalena Marini a supporto: (Rai, 2018, sito presente in sitografia).

Un altro concetto che è opportuno approfondire è quello del *processo decisionale*, di cui si parla in alcuni studi.

Il processo di assunzione di una decisione può avvenire automaticamente, ossia senza che venga esplicitamente evidenziato che esiste l'opportunità di prendere una decisione. Ciò ci conduce a un primo elemento di una definizione del processo decisionale. Perché si possa prendere una decisione ci devono essere almeno due alternative disponibili. Se è possibile intraprendere una sola azione, non può esserci decisione, in quanto non c'è niente da decidere. Non avremmo alternative se non procedere con la singola possibile azione. Si dividono processi decisionali irrazionali e razionali, e vorrei soffermarmi in quelli razionali poiché possono aiutare a prendere la miglior decisione possibile. Questo processo si può dividere in otto fasi:

1. Identificare il problema;
2. Definire gli obiettivi;

3. Raccogliere i dati pertinenti;
4. Identificare le alternative praticabili;
5. Selezionare il criterio per valutare l'alternativa migliore;
6. Costruire il modello (stabilire le relazioni tra l'obiettivo, le alternative, i dati raccolti, e il criterio di valutazione);
7. Stimare i risultati previsti di ciascuna alternativa;
8. Scegliere l'alternativa migliore con riferimento all'obiettivo dato.

(Newnan, 1991)

3.2.3 Studi riguardo programmi per la riduzione dei pregiudizi e il miglioramento del trattamento dei pazienti LGBTQ+:

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

Revisione sistematica

Obiettivo: determinare l'efficacia dei programmi volti a ridurre i pregiudizi degli studenti o degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti LGBTQ.

Metodo: ricerca tra studi che descrivessero interventi centrati sulla riduzione dei pregiudizi degli studenti o degli operatori sanitari nei confronti delle persone LGBTQ.

Risultati e conclusioni: gli interventi educativi incentrati sui pregiudizi sono stati efficaci nell'aumentare la conoscenza delle problematiche sanitarie LGBTQ, il livello di confort nel lavoro con i pazienti LGBTQ e nel promuovere atteggiamenti più tolleranti verso i pazienti LGBTQ. Nonostante il promettente sostegno all'educazione sui pregiudizi, questa revisione non ha identificato alcun intervento che abbia valutato i cambiamenti tra gli studenti o gli operatori sanitari in riferimento ai pregiudizi impliciti.

Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice (Rosa et al., 2019):

Revisione sistematica

Obiettivo: descrivere ed analizzare la produzione scientifica nazionale e internazionale sull'assistenza sanitaria infermieristica alla popolazione transgender o gender-variance.

Metodo: si tratta di una revisione integrativa della letteratura.

Risultati e conclusioni: gli articoli analizzati in questa revisione della letteratura hanno rilevato la panoramica nazionale ed internazionale dell'assistenza infermieristica per la popolazione transgender ed hanno evidenziato la mancanza di preparazione degli operatori e dei servizi sanitari ad agire tenendo conto della diversità di genere degli utenti.

The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review (McCann & Brown, 2018):

Revisione sistematica

Obiettivo: esaminare i requisiti di istruzione e formazione degli studenti non ancora laureati e dei professionisti della salute per quanto riguarda l'inclusione delle questioni di salute LGBT+.

Metodo: Le tre domande di ricerca che hanno informato la revisione della letteratura sono state: quali sono i requisiti per l'istruzione e la formazione degli studenti universitari e dei professionisti della salute in merito ai bisogni di salute delle persone LGBT+? Quali sono gli approcci utilizzati nell'istruzione e nella formazione degli studenti universitari e dei professionisti della salute in merito ai bisogni di salute delle persone LGBT+? Quali sono gli esempi di buone pratiche nell'istruzione e nella formazione degli studenti universitari e dei professionisti della salute?

Risultati e conclusioni: la revisione evidenzia l'importanza dell'inclusione delle questioni relative alla salute LGBT+ nel curriculum sanitario e nei programmi di sviluppo professionale continuo e le implicazioni per l'istruzione e la formazione, la pratica clinica e la ricerca.

Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review (Medina-Martínez et al., 2021):

Revisione sistematica

Obiettivo: sintetizzare le prove disponibili su come gli infermieri possono intervenire per ridurre le disuguaglianze di salute nelle persone LGBT, identificando i loro bisogni

specifici di salute e descrivendo le loro esperienze e percezioni delle barriere che incontrano nel sistema sanitario.

Metodo: articoli pubblicati negli ultimi cinque anni che trattano i bisogni specifici di salute delle persone LGBT, le loro esperienze e percezioni, o gli interventi in questo gruppo in cui gli infermieri possono impegnarsi.

Risultati e conclusioni: sono state rilevate disparità di salute nella comunità LGBT, che ha mostrato tassi più elevati di problemi di salute mentale, abuso di sostanze, comportamenti sessuali a rischio, autolesionismo e suicidio. Gli infermieri possono attuare diversi interventi per ridurre questi problemi e, inoltre, questi professionisti della salute sono tenuti ad acquisire competenze culturali in materia di salute LGBT.

LGBTQ+cultural competency training for health professionals: a systematic review (Yu et al., 2023):

Revisione sistematica

Obiettivo: nonostante la pubblicazione di numerosi corsi di formazione sulle competenze culturali LGBTQ +, non sono state effettuate valutazioni e sintesi quantitative di essi. Questa revisione sistematica ha esaminato gli articoli che valutano la progettazione e l'efficacia di questi corsi di formazione e ha esaminato l'entità del loro effetto sui risultati della competenza culturale.

Metodo: gli studi inclusi hanno esaminato quantitativamente l'efficacia dei corsi di formazione sulle competenze culturali LGBTQ + per gli operatori sanitari di tutte le discipline in vari contesti sanitari.

Risultati e conclusioni: i risultati di questa revisione evidenziano il potenziale della formazione sulle competenze culturali LGBTQ +. Per migliorare i costrutti di competenza culturale, tra cui la conoscenza della cultura e della salute LGBTQ +, le abilità per lavorare con i clienti LGBTQ +, gli atteggiamenti verso gli individui LGBTQ + e i comportamenti verso le pratiche di affermazione LGBTQ +, attraverso un approccio interdisciplinare e multimodale.

3.2.4 Rassegna dei risultati principali inerenti alla presenza e all'influenza dei pregiudizi sulla salute e sul trattamento dei pazienti LGBTQ+:

Dall'analisi degli studi precedenti, si conferma la presenza di pregiudizi tra studenti e operatori sanitari nei confronti della popolazione LGBTQ+ (Burke et al., 2015; Sabin, Riskind, Nosek, 2015).

I pregiudizi impliciti dei medici possono far sì che i pazienti LGBTQ+ ricevano uno standard di cura inferiore o un accesso limitato ai servizi rispetto alla popolazione generale (Freid, Bernstein, Bush, 2012). Possono anche ritardare il ricorso ai servizi sanitari, facendo sì che il paziente si presenti solo in caso di estrema malattia (Kellett, Fitton, 2017; Krehely, 2009).

Rispetto alla controparte eterosessuale, i pazienti LGBTQ+ hanno tassi più elevati di cancro anale (Quinn et al., 2015), asma, malattie cardiovascolari (Conron, Mimiaga, Landers, 2010; Beauermeister, Eaton, Stephenson, 2016), obesità (Dilley, Simmons, Boysun, Pizacani, Stark, 2010), abuso di sostanze (Beauermeister, Eaton, Stephenson, 2016; Staats, Capatosto, Wright, Contractor, 2016), fumo di sigaretta (Cochran, Bandiera, Mays, 2013) e suicidio (Remafedi, French, Story, Resnick, Blum, 1998). Le donne appartenenti a minoranze sessuali riferiscono un minor numero di Pap test nel corso della loro vita (Charlton et al., 2011; Tracy, Lydecker, Ireland, 2010), i giovani transgender hanno un minore accesso all'assistenza sanitaria (Grossman, D'Augelli, 2006).

Questi pregiudizi portano a disparità e di conseguenza sono correlati a un accesso più scarso ai servizi, alla qualità delle cure e agli esiti sanitari (Burgess, Ryn, Dovidio, Saha, 2007; FitzGerald, Hurst, 2017; Chapman, Kaatz, Carnes, 2013).

Pregiudizi, discriminazioni ed esperienze di vittimizzazione possono avere un effetto significativo sul benessere di una persona e possono portare allo stress da minoranza (Hendricks e Testa, 2012; Meyer, 2015), esplicando i potenziali effetti dannosi dell'omofobia, della bifobia e della transfobia interiorizzate. Queste reazioni negative della società all'identità LGBT+ possono portare a risultati psicosociali negativi, tra cui ansia, depressione, uso di droghe e suicidalità (Bariola et al., 2015; Grossman et al., 2011; McCann e Sharek, 2016). Ulteriori studi avvalorano nuovamente che le esperienze legate allo stigma possono avere un impatto profondo sull'accesso e

sull'utilizzo dei servizi sanitari (Bauer et al., 2009; Grant et al., 2011; McCann e Sharek, 2013).

Anche secondo la letteratura disponibile nella revisione di Martinez, Suas-Ortega, Sanchez-Lorente et al., (2021), la popolazione LGBT presenta risultati peggiori di salute, sia fisica che mentale, rispetto alla popolazione cis-eterosessuale, come depressione e ansia, abuso di sostanze (compreso l'uso di tabacco, alcol e altre droghe) e nuovamente suicidio (World Health Organization, 2016; Manzer, O'Sullivan, Doucet, 2019; Moseson et al., 2020).

Si è riscontrata una più elevata presenza percentuale di tumori, sovrappeso e obesità nelle donne lesbiche e bisessuali (Gil-Borelli et al., 2019) e tassi più elevati di infezioni sessualmente trasmissibili, tumori, disturbo dell'immagine corporea e dell'alimentazione negli uomini gay e bisessuali (Manzer, O'Sullivan, Doucet, 2019). La maggior parte delle persone LGBTQ+ descrivono di sentirsi a disagio e insicure a causa di atteggiamenti e pratiche discriminatorie nel sistema sanitario, riferiscono di aver ricevuto un'assistenza culturalmente inadeguata e descrivono di aver evitato di visitare i centri sanitari per paura di ricevere un'assistenza scadente (Albuquerque et al., 2016; Clarke, 2017).

Maggiori esperienze discriminatorie avvengono dopo la rivelazione da parte del paziente di appartenere alla comunità LGBTQ+, quali ipotesi sulle loro pratiche sessuali e reazioni negative a riguardo (Karakaya, Kutlu, 2021; Logie et al., 2019)

Da notare come i pregiudizi impliciti degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti vulnerabili (come le minoranze sessuali) possono persistere nonostante l'assenza di atteggiamenti espliciti negativi (Khan, Plummer, Hussain, Minichiello, 2008), dando luogo a nozioni preconcepite sull'aderenza del paziente, ad una scarsa comunicazione medico-paziente e a micro-aggressioni che possono interferire con un'ottimale assistenza.

3.2.5. Risultati principali inerenti alla formazione e alle competenze dei professionisti sanitari riguardo la comunità LGBTQ+:

Dalla revisione di McCann e Brown (2018) è emerso che esistono problemi relativi allo sviluppo della competenza culturale per consentire agli operatori di definire cure e supporti in modo sensibile e inclusivo (Corliss et al., 2007; Fredriksen-Goldsen et

al., 2011; Carabez et al., 2015; Chen e Yang, 2015; Walsh e Hendrickson, 2015; Echezona-Johnson, 2017; Parameshwaran et al., 2017; Alegria, 2011; Bruce, 2014).

Per esempio, è stato dimostrato che solo una piccola quantità di infermieri si sente in grado di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione transgender (Kendall-Raynor, 2016).

In uno studio britannico che ha coinvolto studenti di medicina, in cui quasi l'85% dei partecipanti ha riferito una netta mancanza di educazione LGBTQ+, quasi la metà ha dichiarato che non chiederebbe abitualmente informazioni sulla sessualità o sulle esigenze dell'identità di genere quando valuta i pazienti. Gli studenti hanno ammesso di sentirsi poco sicuri e poco preparati riguardo alla terminologia sanitaria specifica per le persone LGBTQ+ e questo può portare a una comunicazione errata e a potenziali carenze nella visione di un'assistenza sanitaria e sociale adeguata (Parameshwaran et al., 2017).

Alcune barriere identificate includono atteggiamenti negativi degli studenti e del personale, tra cui nuovamente preconcetti e pregiudizi sulle persone LGBTQ+ (Fredriksen-Goldsen et al., 2011), credenze stereotipate (Carabez et al., 2015), valori di genere (Chen e Yang, 2015) e accettazione delle pratiche e delle politiche eteronormative prevalenti (Daley e MacDonnell, 2015).

Per affrontare i bisogni e le preoccupazioni in materia di salute delle persone LGBTQ+ è fondamentale integrare in modo proattivo l'area tematica all'interno della formazione universitaria per tutti gli studenti sanitari (Kelley et al., 2008; Strong e Folse, 2014; Grosz et al., 2017). Anche lo sviluppo professionale continuo per gli operatori sanitari è un'area che richiede attenzione e sviluppo per garantire che abbiano le conoscenze e le competenze necessarie per trattare al meglio questo tipo di comunità (Carabez et al., 2015; Daley e MacDonnell, 2015; Bidell, 2017).

Per le competenze culturali LGBTQ+ sono stati utilizzati una serie di metodi, tra cui presentazioni, sessioni di interviste, lavori di gruppo e tecnologie di e-learning (Vance et al., 2017).

Una grande percentuale di partecipanti (94%) nello studio di Rogers et al., (2013), ha trovato la formazione utile per la propria pratica, come l'aumento delle conoscenze, la facilitazione dell'autoriflessione e la promozione di una più profonda comprensione e accettazione delle questioni affrontate dalle persone LGBTQ+.

Altri programmi utilizzati per aumentare le conoscenze riguardo la comunità LGBTQ+ e le relative problematiche di salute hanno utilizzato lezioni, letture, video, interviste o presentazioni di persone LGBTQ e discussioni di gruppo. Alcuni degli argomenti trattati sono stati: l'orientamento sessuale, l'identità di genere, la discriminazione e i pregiudizi, l'impatto sulla salute e i fattori che influenzano l'accesso e l'assistenza medica, i miti e gli stereotipi nei confronti di questa comunità. (Morris et al., 2019).

Ulteriori strumenti educativi trattati sono stati presentazioni (Bristol, Kostelec, MacDonald, 2018), esperienze standardizzate con i pazienti, sessioni di debriefing (Kuzma et al., 2019), riunioni (Du Mont, Saad, Kosa, Kia, MacDonald, 2020), esperienze di osservazione, simulazioni (Maruca et al., 2018), esercizi interattivi, discussioni in piccoli gruppi e cortometraggi (Bristol et al., 2018).

La formazione alla competenza culturale LGBTQ+ è stata identificata come intervento infermieristico più efficace per gli operatori sanitari e per gli studenti (McCann, Brown, 2018; Yildiz, 2018; Kuzma, et al., 2019).

Ulteriori metodi di formazione per i professionisti sanitari, citati nello studio di Yu, Flores, Bonett, Bauermeister, (2023), sono stati erogati tramite mezzi online, sessioni di persona, o una combinazione di entrambi. Dall'analisi di quest'ultimo studio si è concluso che la formazione sulla competenza culturale LGBTQ+ può migliorare le conoscenze, le abilità, gli atteggiamenti, i comportamenti e il rapporto paziente e fornitore di assistenza, potendo avere un impatto positivo sugli esiti sanitari delle persone LGBTQ+.

CAPITOLO IV-DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 DISCUSSIONE

Nella seguente discussione andrò a dare una risposta ai quesiti posti inizialmente:

- *Gli infermieri presentano pregiudizi nei confronti dei pazienti LGBTQ+?*

Analizzando tutti gli studi a questa domanda la risposta è sì, sono presenti.

Tutti i risultati delle nove revisioni sistematiche prese in causa, concordano sul fatto che la maggior parte degli infermieri, operatori sanitari in generale (medici, psicologi, fisioterapisti...) e anche gli studenti, presentano pregiudizi nei confronti della comunità LGBTQ+.

I pregiudizi maggiormente evidenziati sono legati alla razza/etnia, età, sesso, orientamento sessuale e lo stato socioeconomico.

- *I pregiudizi influiscono nella cura e nella salute del paziente?*

Dalle evidenze, anche per questa domanda la risposta è sì.

I pregiudizi influiscono sia sulla salute mentale che in quella fisica, sapendo che mente e corpo sono collegati e la sofferenza di una parte provoca la conseguente sofferenza dell'altra.

- *Eventuali metodi per attenuarli e/o eliminarli*

Sono stati trattati diversi metodi per ridurre e/o eliminare i pregiudizi soprattutto cercando di aumentare le conoscenze degli operatori sanitari riguardo tutto quello che si riferisce alla comunità LGBTQ+, metodo considerato l'intervento infermieristico più efficace.

4.2 IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

Alcuni studi concordano sul fatto che la prima implicazione per la ricerca futura sia quella di affrontare direttamente l'impatto della formazione sui pregiudizi impliciti degli studenti o sui risultati del paziente.

Si incita allo sviluppo di studi che si concentrino sull'impatto a lungo termine dei programmi educativi e sull'impatto a distanza di tempo sulla salute LGBTQ+.

Pochi studi si sono occupati di interventi infermieristici e la maggior parte degli articoli provenivano dagli Stati Uniti; mancavano quindi specifiche situazioni riguardanti il nostro continente.

Inoltre, nella maggior parte degli studi i bisessuali vengono citati in quantità molto minore in confronto alle lesbiche, ai gay e ai transessuali. Si consiglia quindi una ricerca futura mirata su ciascun gruppo della comunità LGBTQ+.

4.3 CONCLUSIONE

Con il supporto delle evidenze trovate, al concludere di questa ricerca sono stati soddisfatti i quesiti posti in partenza. Si evince che i pregiudizi sono presenti negli infermieri, sia in maniera involontaria che in maniera volontaria, e possono portare ad un peggioramento dello stato di salute e ad un'assistenza non adeguata ai pazienti che si riconoscono con il termine LGBTQ+, facendoli risultare vittime di discriminazione da parte di coloro che dovrebbero invece assicurare un'egualitaria e adeguata assistenza sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. In *Social psychology: Handbook of basic principles*, 2nd ed (pp. 516–539). The Guilford Press.
- Bouley, T. M., & Reinking, A. K. (2021). *Implicit Bias: An Educator’s Guide to the Language of Microaggressions*. Rowman & Littlefield.
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington, Mass.: Lexington Books. <http://archive.org/details/minoritystressle0000broo>
- Brownstein, M., & Saul, J. (A c. Di). (2016). *Implicit Bias and Philosophy, Volume 2: Moral Responsibility, Structural Injustice, and Ethics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198766179.001.0001>
- Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Burkhart, Q., Abel, G. A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M. K., Schuster, M. A., & Roland, M. (2015). Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: A national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 9–16. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2905-y>
- Featherston, R., Downie, L. E., Vogel, A. P., & Galvin, K. L. (2020). Decision making biases in the allied health professions: A systematic scoping review. *PloS One*, 15(10), e0240716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240716>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Hyland, D. (2002). An Exploration of the Relationship Between Patient Autonomy and Patient Advocacy: Implications for nursing practice. *Nursing ethics*, 9, 472–482. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne537oa>
- Josse-Eklund, A., Jossebo, M., Sandin-Bojö, A.-K., Wilde-Larsson, B., & Petzäll, K. (2014). Swedish nurses’ perceptions of influencers on patient advocacy: A phenomenographic study. *Nursing Ethics*, 21(6), 673–683. <https://doi.org/10.1177/0969733013515488>

- McCann, E., & Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Education Today*, 64, 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- Medina-Martínez, J., Saus-Ortega, C., Sánchez-Lorente, M. M., Sosa-Palanca, E. M., García-Martínez, P., & Mármol-López, M. I. (2021). Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11801. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211801>
- Morris, M., Cooper, R. L., Ramesh, A., Tabatabai, M., Arcury, T. A., Shinn, M., Im, W., Juarez, P., & Matthews-Juarez, P. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: A systematic review. *BMC Medical Education*, 19(1), 325. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1727-3>
- Rosa, D. F., Carvalho, M. V. de F., Pereira, N. R., Rocha, N. T., Neves, V. R., & Rosa, A. da S. (2019). Nursing Care for the transgender population: Genders from the perspective of professional practice. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(suppl 1), 299–306. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>
- Saiani, L., Brugnolli, A., (2020). *Trattato di cure infermieristiche*, Edizione Sorbona
- Thirsk, L. M., Panchuk, J. T., Stahlke, S., & Hagtvedt, R. (2022). Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104284. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104284>
- Vallentyne, P. (2009). Jonathan Wolff and Avner De-Shalit, *Disadvantage* (Oxford: Oxford University Press, 2007), pp. ix + 231. *Utilitas*, 21(4), 532–535. <https://doi.org/10.1017/S0953820809990306>
- Yu, H., Flores, D. D., Bonett, S., & Bauermeister, J. A. (2023). LGBTQ+ cultural competency training for health professionals: A systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1), 558. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04373-3>

SITOGRAFIA

- *About the IAT – Project Implicit.* (s.d.). Recuperato 12 ottobre 2023, da <https://www.projectimplicit.net/resources/about-the-iat/>
- *APA Dictionary of Psychology.* (s.d.). Recuperato 7 ottobre 2023, da <https://dictionary.apa.org/>
- *IL PROCESSO DECISIONALE.* (s.d.). Recuperato 7 ottobre 2023, da <http://static.gest.unipd.it/~teccsim/DIDATTICA/EAI/PROCESSODECISIONALE.htm>
- *LGBTIQ+ persons.* (s.d.). UNHCR. Recuperato 7 ottobre 2023, da <https://www.unhcr.org/what-we-do/how-we-work/safeguarding-individuals/lgbtiq-persons>
- *L'Implicit Association Test (IAT) non è la macchina della verità.* (s.d.). CICAP. Recuperato 12 ottobre 2023, da <http://www.cicap.org/n/articolo.php?id=1800534>
- Rai (Regista). (2018, agosto 30). *Maddalena Marini: Il test che misura il pregiudizio razziale inconsapevole.* <https://www.youtube.com/watch?v=3J2KoC1OXIU>
- *Understanding sexual orientation and homosexuality.* (s.d.). Recuperato 12 ottobre 2023, da <https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation>

ALLEGATI

ALLEGATI

Allegato n.1

Banche dati	Parole chiave	Articoli trovati	Articoli selezionati	Titolo articoli selezionati
PubMed	<i>Prejudices OR nurses</i> Filtri: 2009-2023, free full text, Clinical study, Systematic Review, Randomized Controlled Trial	7.210	2	-Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review (FitzGerald & Hurst, 2017) -Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review (Morris et al., 2019)
PubMed	<i>Prejudices AND nursing</i> Filtri: 2014-2023, free full text, Clinical study, Systematic Review, Randomized Controlled Trial	43	2	-The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review (Flentje et al., 2020) -Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice (Rosa et al., 2019)
PubMed	<i>Sexual and gender minorities AND nurses</i>	14	2	-Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey (Elliott et al., 2015)

	Filtri: 2014-2023, free full text, Clinical study, Systematic Review, Randomized Controlled Trial			-The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review (McCann & Brown, 2018)
PubMed	<i>Stereotyping AND nursing</i> Filtri: 2008-2023, free full text, Clinical study, Systematic Review, Randomized Controlled Trial	45	2	-Decision making biases in the allied health professions: A systematic scoping review (Featherston et al., 2020) -Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: A scoping review (Thirsk et al., 2022)
PubMed	<i>Healthcare disparities AND nurses</i> Filtri: 2007-2023, free full text, Clinical study, Systematic Review, Randomized Controlled Trial	33	1	-Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review (Medina-Martínez et al., 2021)
PubMed	<i>Nursing education AND LGBTQ</i> Filtri: 2019-2023, free full text, Clinical study, Systematic	4	1	-LGBTQ+cultural competency training for health professionals: a systematic review (Yu et al., 2023)

	Review, Controlled Trial	Randomized			
--	-----------------------------	------------	--	--	--