

Pazienti non previsti in Ospedale

Atteggiamiento del personale sanitario,
verso la popolazione lesbica, gay,
bisessuale e transessuale (LGBT)





Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Pazienti non previsti in Ospedale

**Atteggiamiento del personale sanitario,
verso la popolazione
lesbica, gay, bisessuale e transessuale (LGBT)**

**Indagine negli Ospedali dell'Area Vasta Nord-Ovest
USL 1 Massa e Carrara, USL 2 di Lucca,
USL 5 di Pisa, USL 6 di Livorno, USL 12 di Viareggio,
e Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana**

Pazienti non previsti In Ospedale

Atteggiamento del personale sanitario, verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e transessuale (LGBT)

La ricerca e la redazione del report è stata coordinata e curata da:

Renzo Piz, Responsabile Unità Operativa Educazione alla Salute e Bioetica, Azienda USL 5 di Pisa

Gruppo di lavoro:

Angela Simonelli - referente Educazione alla Salute SdS Lunigiana ASL 1 Massa Carrara, Lucia Corrieri Puliti - Direttore U.O. Educazione alla Salute ASL 2 Lucca, Sergio Ardis - Coordinatore Comitato Etico Locale ASL 2 Lucca, Renzo Piz - Responsabile U.O. Educazione alla Salute e Bioetica ASL 5 Pisa, Fioretta Pratesi - Responsabile U.O. Educazione alla Salute ASL 6 Livorno, Maria Vittoria Sturaro - Responsabile U.O. Educazione alla Salute ASL 12 Viareggio, Gabriella Giuliano - Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Il gruppo è stato coordinato da Marco Lelli - Funzionario della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana.

Consulenza scientifica:

Sergio Ardis, Coordinatore Comitato Etico Locale USL 2 Lucca, Ciro Basile Fasolo, Professore Aggregato Dipartimento di Medicina Interna, Università di Pisa

Elaborazione e analisi dei dati a cura di:

Agnese Pietrelli, Psicologa

Hanno collaborato:

Chiara Di Vanni, Rebecca Leotta, Iacopo Minervini, Giuseppe Molea, Mauro Pini

Ringraziamenti

Prima di presentare gli esiti della ricerca si rivolge un vivo ringraziamento ai Direttori Sanitari degli ospedali coinvolti nella ricerca ed ai responsabili dell'educazione alla salute che hanno reso possibile la realizzazione del presente lavoro.

Un ringraziamento sincero agli operatori sanitari che hanno dimostrato interesse per lo scopo della ricerca e si sono sottoposti con pazienza e dedizione alla compilazione del questionario ed un particolare ringraziamento alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale che ha reso possibile questa pubblicazione.

Ospedali coinvolti nella ricerca:

Azienda USL n. 1: Ospedale Santi Giacomo e Cristoforo di Massa e Ospedale Civico di Carrara

Azienda USL n. 2: Ospedale Campo di Marte di Lucca

Azienda USL n. 12 di Viareggio: Ospedale "Versilia"

Azienda USL n. 5 Pisa: Presidi Ospedalieri di Pontedera e di Volterra

Azienda USL n. 6 Livorno: Presidi Ospedalieri di Livorno, di Cecina, di Piombino e di Portoferraio

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana: Presidi Ospedalieri di "Santa Chiara" e "Cisanello"

Stampa Centro stampa Giunta Regione Toscana

INDICE

PREFAZIONE	5
PRESENTAZIONE	9
1. IL QUESTIONARIO	
1.1 Il gruppo di lavoro: obiettivi e strumenti di indagine	14
1.2 Il questionario: descrizione dei contenuti	14
1.3 La somministrazione del questionario	15
1.4 Analisi statistiche	16
2. ANALISI DEI RISULTATI	
2.1 Variabili anagrafiche e professionali	18
2.2 Risposte agli item 1-15	19
2.2.1 Item n. 1	19
2.2.2 Item n. 2 e n. 3	20
2.2.3 Item n. 4	21
2.2.4 Item n. 5 e n. 6	21
2.2.5 Item n. 7 e n. 8	23
2.2.6 Item n. 9 e n. 10	23
2.2.7 Item n. 11	24
2.2.8 Item n. 12	25
2.2.9 Item n. 15	25
2.3 Risposte alle domande aperte: item 3, 7-8, 11-16	25
2.3.1 Item n. 3	25
2.3.2 Item n. 7	28
2.3.3 Item n. 8	29
2.3.4 Item n. 11	31
2.3.5 Item n. 12	32
2.3.6 Item n. 13 e n. 14	33
2.3.7 Item n. 15	36
2.3.8 Item n. 16	36

2.4	Incroci delle variabili anagrafiche e professionali con le risposte agli item	39
2.4.1	Fasce di età	39
2.4.2	Genere	42
2.4.3	Qualifica	44
2.4.4	Area di appartenenza	48
2.4.5	Azienda di appartenenza	50
	DISCUSSIONE	55
	CONCLUSIONI	58
	GLOSSARIO	60
	BIBLIOGRAFIA	65
	SITOGRAFIA	69

PREFAZIONE

La sessualità è legata a doppia mandata alla qualità di vita e va da sé che ogni alterazione della prima si tramuta in uno scadimento della seconda. Quindi, ogni intervento mirato a riportare la sessualità ad un buon equilibrio, mediante la correzione di uno stato di anormalità, si traduce, di fatto, in un'azione sull'intera persona e sulla sua qualità di vita.

Porgere ascolto alla persona che soffre, aiutarla ad affrontare problemi fisici e psichici, impostare un pronto e corretto approccio deve essere la base di una relazione medico-paziente che riguarda tutti i componenti della filiera della salute.

Interventi come la chirurgia estetica, il trattamento ormonale o la riassegnazione chirurgia del sesso, per quanto profondamente invasivi della integrità corporea, pur tuttavia proprio agendo attraverso il corpo (l'io somatico), diventeranno, anche, terapia della mente e, quindi, curando mente e corpo, si curerà l'intera identità della persona.

Il medico attraverso la comprensione delle modalità comunicative del paziente, può aiutarlo a porre rimedio al problema, passando da una semplice attinenza a prescrizioni terapeutiche (la *compliance*) ad un momento di partecipazione attiva nella gestione della terapia assegnata (*empowerment*), in una nuova forma di cooperazione.

Una parola, troppo spesso usata ed abusata, talora rifiutata, il *counselling*, comprende l'intero processo della comunicazione tra la persona e tutte le figure "care-giver" della stessa, e può essere spiegata e riassunta con tre termini: conoscere, capire, comunicare. Questi, trovano l'applicazione in un'altra parola da sempre molto significativa per ogni operatore sanitario: curare, nel senso di "prendersi cura".

Le ragioni per cui una comunicazione con la persona che chiede aiuto diventa difficile sono molteplici, da una parte per la ritrosia del paziente a confidare perfino al proprio medico curante i suoi problemi intimi, come quelli relativi alla sessualità¹, dall'altra per la difficile posizione del sanitario, il quale non è preparato ad approcciare suddette problematiche, che richiedono una formazione apposita², ed è così che, da entrambe le parti, si finisce per sorvolare, se non, addirittura, evitare l'argomento.

¹ Tematiche inerenti la salute sessuale, in primis quelle relative all'orientamento sessuale, possono condurre ad una diagnosi non corretta, ad una peggiore gestione della malattia e ad una diminuita *compliance* con le cure o i controlli di routine.

² La scarsa familiarità con le tematiche inerenti l'orientamento sessuale può suscitare imbarazzo sia per il paziente che per il medico, innescando autocensure e dando luogo a percezioni erranee e difficoltà comunicative. L'indagine condotta da Hinchliff ha avanzato alcune proposte: avere momenti di formazione specifica durante il periodo universitario e post-universitario; assumere un ruolo attivo durante la visita; porgere domande aperte prive di pregiudizi e infine compiere un'anamnesi approfondita.

Il ruolo dei sanitari nel quadro della gestione della sessualità è fondamentale, non solo per l'impostazione di corretti protocolli diagnostici e terapeutici, ma soprattutto nel far emergere problemi e patologie, tanto taciuti dal paziente quanto invalidanti ai fini della qualità di vita. Questa passa necessariamente attraverso una migliore comunicazione tra i vari soggetti di questo scenario: medici, operatori della salute, pazienti, partners, media, industria, providers di educazione. Tutti possono e debbono uscire dalla loro "turrus eburnea", per praticare una medicina proattiva e di "iniziativa", per implementare lo scambio reciproco di informazioni, al fine di promuovere una più precoce presa di coscienza di un disagio o problema sessuale, con un conseguente corretto approccio terapeutico, prima che il sistema-paziente si deteriori in maniera irreversibile.

La sessualità è una dimensione totalmente pervasiva dell'essere umano e, talvolta, è molto difficile coglierne le componenti. La prospettiva di approccio da molti anni in uso è la prospettiva bio-psico-sociale e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità più volte ha ribadito, a proposito della salute sessuale, che questa consiste in *Benessere fisico, emozionale, mentale e sociale collegato alla sessualità*.

La persona umana, intesa come essere unico nelle sue componenti biologiche e psicologiche sviluppa pensieri, convinzioni, desideri, valori etici, fattori spirituali, che si estrinsecano in tendenze, comportamenti, abitudini, che continuamente si raffrontano con leggi, situazioni economiche, ambienti sociali e politici. A questo si aggiungano da una parte le componenti genetiche e gli eventi di vita, quali malattie, traumi, stili di vita, abitudini voluttuarie. La sessualità ha, dunque, aspetti e valenze fisiche, psichiche, relazionali e sociali che comprendono tutta la persona nella sua integrità e ogni problema sessuale si traduce in un attacco a tutta la persona e alla autostima. Una sessualità pienamente agita, attraverso il processo di gratificazione sessuale rinforza l'identità, mentre un suo fallimento genera una spirale di eventi, che alla fine ne minano profondamente le basi.

Ansia, fallimento, vari tentativi di riprova costituiscono i momenti iniziali di una sessualità disfunzionale. Seguono la paura e l'evitamento, qualche volta si verifica un estremo tentativo, con esito, per lo più, in un quadro depressivo in cui non solo l'identità dell'individuo, ma l'identità della coppia si modifica in un atteggiamento depressivo, talvolta fino al dissolvimento della unione.

Ogni disturbo sessuale priva la persona del relativo piacere e può sfociare in uno stress personale, psicologico e somatico sottile, ma significativo, con sviluppo di sentimenti simili nell'uomo e nella donna: disperazione, frustrazione, imbarazzo, paura di fallire, rabbia, colpa e vergogna, paura del rifiuto, auto-colpevolezza, depressione, dolore e perdita, tradimento, paura dell'abbandono. Tutti questi aspetti devono essere tenuti in debito conto sia nello studio della sessualità "normale", sia in una descrizione dei disturbi della sessualità. *Althof et al. (2003)*

ricordano che, mentre la Qualità di Vita (Quality of Life, QoL) è correlata al funzionamento fisico, alle funzioni cognitive e alle relazioni sociali, alla percezione della salute in generale, all'umore, al dolore, alla vitalità, alla soddisfazione globale di vita, la Qualità di Vita Sessuale è correlata all'ansia nell'iniziare un rapporto sessuale, all'insicurezza per la prestazione, alla soddisfazione in questa e nella vita sessuale, alla noia sessuale, alla soddisfazione per un trattamento di una disfunzione sessuale. Gli Autori ricordano ancora che la Qualità di Vita Coniugale è correlata alla soddisfazione nella relazione da parte dei partners, ai sentimenti verso il partner, alle abilità a sviluppare intimità, fisica e sessuale, alla soddisfazione del partner per la vita sessuale. Un'alterazione della sessualità non è un problema che attiene solo l'individuo, colpito nelle proprie radici dell'identità, ma ha risponderne in ambito relazionale e spesso anche sociale (rapporti con il mondo del lavoro, amici, etc.).

Un intervento terapeutico deve essere intrapreso il prima possibile, cioè prima che si formi quella catena di eventi intrapsichici e relazionali che sgretolano l'individuo e la coppia. Il recupero della funzione sessuale ripristina l'identità di genere (mi sento uomo/donna, maschio/femmina nelle mie funzioni) e il ruolo (mi sento uomo, perché il partner e la società mi fanno sentire uomo e così per la donna).

Di fronte ad una condizione di disagio sessuale o a scelte di vita che la società non condivide, o peggio ancora, irride e perseguita, il vero problema è shakespeariano: *Dirlo o non-dirlo? E a chi? E quando? In che modo ?*

Queste le angosciate domande che si pone spesso la persona. E non solo questi, perché anche il Medico e i vari *caregivers*, spesso, si pongono più o meno le stesse domande: *chiederlo, non chiederlo? E come? E quando? E in che modo?*

Di fronte alla richiesta di aiuto per un problema sessuale occorre:

1. *Accogliere sempre* e comunque la richiesta, ascoltando la persona in modo empatico. Spesso il sintomo che spinge a chiedere aiuto nasconde una più vasta sofferenza e copre un altro disturbo, come ad esempio una disfunzione erettile o una parafilia o un disturbo di identità.
2. *Chiedere* alla persona:
 - *cosa sente, come si sente emotivamente*, ovvero come la persona ha vissuto e vive il problema sessuale, che impatto ha avuto sulla sua identità sessuale, personale e di coppia e sulla sua qualità di vita;
 - *cosa pensa*, ovvero che idea si è fatta *razionalmente* del problema sessuale, quali possono essere le cause, il decorso, le conseguenze;
 - *quali sono le condizioni del corpo*: ovvero i cambiamenti a livello fisico, le indagini effettuate e i trattamenti messi in atto.

3. *Raccogliere sistematicamente:*

- la storia medica (familiarità di malattie, interventi, traumi e uso di farmaci nelle varie fasi della vita);
- lo stile di vita (alimentazione, fumo, alcol, droghe, sport, etc.);
- l'inizio e lo sviluppo del sintomo o del disagio sessuale riportato: epoca, modalità, evoluzione;
- ricostruire, con la persona, la sua storia (educazione ricevuta, rapporti con i genitori, la scuola, l'ambiente, etc.), analizzare il sistema relazionale della persona: partner, figli o loro assenza, il mondo lavorativo e il rapporto con il capo.

4. *Visitare la persona* o affidarsi ad uno specialista di riferimento (andrologo, ginecologo), che sia formato dal punto di vista sessuologico ad affrontare una persona con un problema sessuale. Un approccio medico superficiale o “sbagliato” può aggravare un disturbo già di per sé invalidante, come ad esempio un vaginismo.

5. *Non banalizzare o ridicolizzare mai* la richiesta di aiuto, ma tranquillizzare la persona e /o la coppia.

6. *Impostare una strategia globale* di approccio terapeutico che tenga conto di tutti i fattori in gioco.

7. *Non giudicare mai.*

‘Curare’ un problema sessuale, vuol dire “prendersi cura” della persona intera, confrontarsi con i valori, le credenze, i pregiudizi, le aspettative della persona stessa e del partner e stabilire un iter terapeutico, per quanto possibile, condiviso.

Ciro Basile Fasolo

PRESENTAZIONE

Discriminare le persone lesbiche, gay, bisessuali e transessuali (LGBT) è contrario a valori condivisi³ ed al diritto positivo: quest'ultimo, in molti stati d'Europa, difficilmente potrebbe essere messo in discussione senza suscitare qualche forma di riprovazione.

Benché la Direttiva 2000/78/CE⁴ abbia incluso, per la prima volta, l'orientamento sessuale fra le caratteristiche personali sulla base delle quali ogni ingiustificata differenziazione è, di fatto, una violazione del principio della parità di trattamento, tale tipo di discriminazione sembra colpire ancora moltissime persone: lo confermano i dati del cinquantasettesimo sondaggio Flash Eurobarometer (2008), i quali indicano che in media circa l'1% del campione intervistato ha fatto esperienza della discriminazione fondata sull'orientamento sessuale⁵.

La discriminazione, infatti, persiste in molti settori, ad esempio nell'accesso e nella fornitura di beni e servizi, alloggi, servizi sociali e assistenza sanitaria⁶ e, purtroppo, anche in ambito medico-sanitario-ospedaliero è un fenomeno diffuso e generalizzato, i cui danni, individuali e sociali, sono incalcolabili.

Anche il diritto alla parità di trattamento viene sancito - a più riprese - dalla normativa comunitaria: ad esempio, la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (art. 21) approvata dal Parlamento europeo il 14 novembre 2000, contiene l'esplicito divieto di discriminazioni fondate sul sesso, sulla razza, sul colore della pelle o sull'origine etnica o sociale, sulle caratteristiche genetiche, sulla lingua, sulla religione o sulle convinzioni personali, sulle opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, sull'appartenenza ad una minoranza nazionale, sul patrimonio, sulla nascita, sugli handicap, sull'età ed anche sull'orientamento sessuale.

Per limitare gli effetti delle discriminazioni, quindi, non sono sufficienti leggi e norme⁷ internazionali o nazionali, bisogna creare una cultura del rispetto, della legalità, della cittadinanza e riuscire a modificare i comportamenti, le pratiche istituzionali e professionali.

³ Un sistema dei valori condivisi, riassumibile nel rispetto delle istituzioni, delle regole e delle persone, deve essere alla base di un buon funzionamento dei sistemi politici e socio economici, dove le regole devono essere trasferite nei comportamenti giornalieri delle persone che devono vedere nel rispetto delle stesse una condizione essenziale per migliorare la propria vita, il proprio ambiente socio-relazionale e - in definitiva - le condizioni idonee a promuovere il benessere collettivo.

⁴ Direttiva del Consiglio 2000/78/CE del 27 novembre 2000, in *G.U.C.E.*, 2000, L 303, p. 16.

⁵ Secondo un sondaggio Flash Eurobarometer del febbraio 2008, tra l'8% e il 16% dei cittadini EU dichiara di aver subito personalmente o che un membro della famiglia o un amico ha subito discriminazioni per motivi di età, disabilità, religione o convinzioni personali e orientamento sessuale, o una combinazione di questi fattori.

⁶ Il Parlamento europeo, il 2 aprile 2009, accoglie con favore la proposta di direttiva contro tutte le discriminazioni che stabilisce un quadro generale per la lotta alla discriminazione per motivi di religione o convinzioni personali, disabilità, età od orientamento sessuale, al fine di rendere effettivo negli Stati membri il principio di parità di trattamento anche in campi diversi dall'occupazione, completando altri provvedimenti che vietano tali discriminazioni nella sfera professionale.

⁷ Il 26 settembre 2000 l'Assemblea Europea ha approvato la raccomandazione n. 1474, rivolta a tutti gli Stati membri, ad introdurre una completa legislazione antidiscriminatoria, oltre che a riconoscere la parità di diritti per le coppie omosessuali e ad includere un divieto esplicito di discriminazioni basate sull'orientamento sessuale. La *Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, all'articolo 14 - *Divieto di discriminazione* - recita: "Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Convenzione deve essere garantito, senza alcuna distinzione, fondata soprattutto sul sesso, la razza, il

In Italia, la prima regione ad introdurre una legge anti-discriminazione è stata la Toscana con la Legge Regionale n. 63, approvata il 15 novembre 2004: con essa vengono sancite le “*Norme contro la discriminazione sessuale determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere*”⁸.

La legge, congiuntamente con l’interesse stimolato sia dalle novità riscontrate nella letteratura scientifica e sociologica sul tema della sessualità giovanile, sia dalle ricerche svolte dalle Associazioni Arcigay e Arcilesbica, in particolare quella con l’Istituto Superiore di Sanità conclusasi con la pubblicazione di “MODI DI”⁹ (Lelleri et al., 2006), ha portato alla Delibera Regionale n. 258 del 10 aprile 2006: con essa viene data continuità sia agli interventi contro le discriminazioni generate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere, sia alla diffusione di buone pratiche di salute nella comunità LGBT.

Inoltre, grazie alla suddetta deliberazione, sono stati realizzati in varie realtà sanitarie della Toscana numerosi interventi e percorsi di sensibilizzazione, di formazione e aggiornamento professionale nei confronti degli operatori sanitari¹⁰, 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.

Sempre a seguito della Delibera n. 258, viene attivato nel 2007 uno gruppo di lavoro regionale e vengono finanziate tre specifiche ricerche sulla discriminazione sessuale in ambito ospedaliero e sanitario, con l’obiettivo di raccogliere dati ed informazioni, al fine di avere elementi e testimonianze sui quali poter riflettere ed operare attraverso azioni educative contro ogni tipo di discriminazione e per garantire un’assistenza sanitaria senza pregiudizi e discriminazioni determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere.

In questo contesto nasce la presente ricerca, denominata “Pazienti non previsti in Ospedale” che è volta a rilevare le conoscenze, gli atteggiamenti ed i comportamenti degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti LGBT che hanno avuto bisogno di cure o che sono

colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o altre opinioni, l’origine nazionale o sociale, l’appartenenza ad una minoranza nazionale, sui beni di fortuna, nascita o ogni altra condizione”.

⁸ In: Bollettino Ufficiale della Regione Toscana – N. 46, del 24/11/2004.

⁹ Ricerca nazionale sulla salute di lesbiche, gay e bisessuali. Progetto finanziato dall’Istituto Superiore di Sanità all’interno del V° Programma nazionale di ricerca sull’AIDS che ha avuto la finalità di approfondire e sviluppare le pratiche relative alla salute messe in atto dalla comunità LGBT (lesbica, gay, bisessuale e transessuale), con particolare attenzione ai fattori di rischio e di protezione nei confronti dell’HIV/AIDS. Cfr. www.modidi.net

¹⁰ Il progetto “Positivo scomodo” è nato come corso di formazione e sensibilizzazione sui fenomeni di discriminazione. A seguito di una segnalazione portata all’attenzione del Comitato Etico Locale (CEL) dell’Azienda USL 2 di Lucca, questi formò un gruppo di lavoro incaricato di studiare i fenomeni discriminatori che avvengono in ospedale. Vennero promosse due indagini, sul personale e sui pazienti, che permisero di avere un quadro ben definito. Successivamente venne ideato un corso, che fu sperimentato a Lucca in due edizioni, e poi proposto alla Regione Toscana - come formazione di area vasta - ed inserito fra le attività di umanizzazione degli ospedali nell’ambito del progetto Health Promoting Hospital (HPH). Il materiale didattico prodotto dai docenti, grazie all’attenzione posta dalla Regione al problema, è diventato un libro edito a stampa (Autori vari (2007) “Positivo scomodo” a cura di S. Ardis e M. Marcucci, Format Idea, Roma). Il corso, realizzato nelle aziende sanitarie della Toscana, sta superando le 30 edizioni con il coinvolgimento di oltre 1500 operatori.

stati ricoverati nei vari reparti degli ospedali oggetti del presente studio. Le informazioni e i dati raccolti, potranno essere utilizzati per delineare ulteriori, appropriati, specifici e mirati percorsi di formazione – previsti nell’ambito dell’aggiornamento continuo di tutti gli operatori che lavorano sia per la cura, che per la promozione della salute e per l’*health literacy*, ovvero per acquisire quelle abilità cognitive e sociali che motivano a raggiungere un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi e rendono capaci di agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali.

L’obiettivo e l’auspicio sottesi ai risultati della ricerca, infatti, possono essere sintetizzati in un invito rivolto a tutti operatori della salute ad interrogarsi su questi argomenti. In particolare, a chiedersi se nei propri comportamenti relativi al “curare” e “prendersi cura” della persona e negli interventi di counselling mettono in atto atteggiamenti ed azioni per facilitare la conoscenza e l’accesso ai servizi sanitari esistenti. Inoltre i risultati vogliono essere un invito a domandarsi se mettono in atto strategie individuali e di gruppo per interiorizzare e sviluppare una “cultura” della promozione della salute,¹¹ che faciliti l’adozione di comportamenti il più possibile liberi da pregiudizi e attenti alle specificità delle “diverse normalità”. L’esposizione e l’interiorizzazione del disprezzo sociale, la discriminazione e lo stigma verso il “diverso” a vari livelli (famiglia, scuola, ambiente di lavoro e del tempo libero, istituzioni e, purtroppo, anche operatori socio-sanitari), sono all’origine di sentimenti di disistima, di conflittualità personale, di disadattamento e di problemi di salute individuale (Herek, Garnets, 2007; Omoto, Kurtzman, 2006), oltre che fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi mentali e di ricorso all’uso di sostanze (Cochran, 2001).

Secondo la ricerca MODI DI, il 4,6% degli uomini gay e bisessuali dichiara di essere HIV-positivo (quasi 1 su 10 nella fascia degli ultracinquantenni) ed un terzo non si è mai sottoposto al test HIV nella sua vita. Dati più recenti del Centro Operativo AIDS del Ministero della Salute (2008) mostrano che alcune malattie sessualmente trasmesse (MST) per contatti omo/bisessuali, sono in aumento e l’incidenza dell’infezione da HIV rimane ancora più elevata in questa popolazione rispetto al resto della popolazione.

Quanto basta perché gli addetti alla “cura” e gli “operatori” della promozione della salute, sia con interventi a livello individuale (counselling) e di gruppo (lavoro di rete, animazioni, esercitazioni, sviluppo di capacità, risoluzione di problemi, ecc.), sia con interventi che coinvolgano la comunità o l’intera popolazione, trovino corrette modalità e idonee strategie di intervento, le cosiddette “buone pratiche”, per rendere più capillari ed efficaci le relazioni e le

¹¹ Professionisti, *care givers*, educatori, opinion leader, politici ed amministratori, “pari”: in sintesi, tutti coloro che sono in contatto con il target, possono organizzare iniziative non solo nelle strutture sanitarie, ma anche nei luoghi di studio, di lavoro o del tempo libero e del loisir, per supportare e rendere facili le scelte dell’individuo per la salute.

azioni finalizzate al mantenimento ed alla promozione della salute, attraverso lo sviluppo delle competenze di vita (*Skills for Life*)¹² del soggetto: aiutare a comprendere atteggiamenti, stati emotivi e comportamenti; prendere decisioni volte a ridurre il rischio di acquisire malattie o per favorire le scelte salutari; incrementare la qualità della vita o facilitare l'accesso, l'accoglienza e la fruizione dei servizi educativi, consultoriali, sociali e clinico-sanitari.

Chiari e Borghi (2009), psicologhe, così descrivono la situazione italiana negli ultimi decenni a proposito di un tema che chiama direttamente in causa la necessità di recuperare terreno per garantire pari opportunità per tutti, anche in sanità: “Se [...] sono sorti sportelli o servizi rivolti specificatamente alla salute degli immigrati e molte persone non migranti hanno offerto le loro expertise e professionalità per occuparsi di ciò, lo scenario riguardo alla salute di gay, lesbiche e bisessuali è alquanto diverso. Gli interventi di promozione della salute sono realizzati quasi esclusivamente dalle associazioni LGBT (in modo discontinuo e con scarse risorse); i professionisti che si occupano di salute gay sono quasi esclusivamente omosessuali; organismi istituzionali come le consulte nazionali su AIDS, alcol e droga ignorano o evitano di affrontare la maggiore vulnerabilità di gay e lesbiche a questi problemi (con la conseguenza di un'assenza di finanziamenti a progetti di intervento sulla salute LGBT)” (pag.40).

Le stesse proseguono la loro analisi della situazione e ipotizzano le cause: “Ciò è probabilmente il frutto di una discriminazione a livello istituzionale, per cui la salute delle persone omosessuali è percepita come meno importante di quella delle altre, e di atteggiamenti sociali omofobici condivisi che implicano biasimo [...], delega [...] e innominabilità [...]” (p.164).

Parole dure che meritano un'attenta riflessione ed azioni tese a modificare disagi e sofferenze per il non riconoscimento dei diritti che si traducono in omofobia, imbarazzo, incomprensioni, o in un'assistenza insufficiente, in diagnosi non corrette, in peggiore gestione della malattia, a una diminuita *compliance* con le cure o i controlli di routine.

Di qui la necessità di dare piena applicazione - per tutti e in tutte le sedi - alla Carta di Ottawa (1986) che pone la necessità di “riorientare” i servizi sanitari e territoriali che devono operare e realizzare il loro mandato non solo nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie e sulla riabilitazione, ma anche nella promozione della salute: garantire servizi assistenziali efficaci, (“accoglienti”) ed appropriati, attraverso un processo che mette gli individui in grado di avere un maggiore controllo sulla propria salute (*empowerment for health*) e di migliorarla. Ciò vuol dire mettere al centro l'essere umano in ogni momento del suo processo “salutogenico”¹³, ovvero non

¹² Sono l'insieme di abilità personali e relazionali che servono [...] per affrontare positivamente la vita quotidiana (OMS, 1993).

¹³ L'approccio salutogenico costituisce un tipo di pensiero e di azione che, invece di occuparsi della insorgenza delle malattie, si propone di indagare sulla comprensione dei processi salutogenici e sul ruolo degli agenti che li influenzano. (Cfr. Antonovsky, A.: *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen 1997, Dgvt-Verlag).

semplicemente “eliminatore di malattia” ma “generatore di salute”: accogliere, ascoltare, fornire informazioni efficaci per garantire l’esercizio del diritto di autonomia nelle scelte sanitarie, sostenere il processo generale di crescita e di responsabilizzazione delle persone perché diventino sempre più capaci di riconoscere i propri bisogni di salute. Solo così ogni cittadino, ogni persona, può partecipare ai processi decisionali, potenziare il controllo sulla propria salute, realizzare specifiche azioni per soddisfare tali bisogni attraverso un maggior controllo sui fattori personali, socioeconomici ed ambientali che lo influenzano.

Per concludere, riteniamo che le risposte al questionario ci possano aiutare a conoscere meglio la realtà all’interno delle strutture sanitarie, individuare la presenza di eventuali atteggiamenti e forme di pregiudizio e/o di discriminazione e comprendere i meccanismi attraverso i quali si formano, si alimentano e si realizzano.

Tutte le informazioni ottenute con l’elaborazione dei dati, potranno costituire la base sulla quale sviluppare maggiori conoscenze, svolgere una capillare sensibilizzazione, migliorare l’ascolto e la comunicazione, elevare il grado di consapevolezza, di messa in discussione degli stereotipi e dei pregiudizi, riflettere sugli aspetti che creano disagio e sofferenza, migliorare il rapporto fra gli operatori e i cittadini che ricorrono alla consulenza e/o alle cure sanitarie.

Il report dell’indagine “Pazienti non previsti in ospedale” è suddiviso in tre parti: nella prima viene presentato il questionario (il numero di protocolli distribuiti/restituiti), le aree tematiche di indagine, il tipo di elaborazione effettuata per compiere l’analisi dei dati. Nella seconda vengono analizzate e descritte le risposte - item per item – sia quantitativamente che qualitativamente; inoltre sono state messe a confronto le variabili anagrafiche e professionali con alcune risposte agli item. Nell’ultima parte segue la discussione dei dati e le proposte operative avanzate dal gruppo di lavoro.

Infine, vengono riportati un breve glossario, utile per conoscere e comprendere meglio i molteplici aspetti e i termini specifici utilizzati per trattare l’argomento, un’ampia bibliografia ed una sitografia.

Il Gruppo di lavoro

1. IL QUESTIONARIO

1.1 Il gruppo di lavoro: obiettivi e strumenti di indagine

Il gruppo di lavoro che ha dato seguito al progetto “*Pazienti non previsti in ospedale*”, e poi alla presente ricerca negli ospedali dell’Area Vasta Nord-Ovest, sugli atteggiamenti del personale sanitario verso la popolazione Lesbica, Gay, Bisessuale e Transessuale (LGBT), è composto da operatori di ciascuna Azienda coinvolta.¹⁴

L’obiettivo dell’indagine è quello di approfondire le conoscenze, la percezione e gli atteggiamenti degli operatori sanitari verso le problematiche connesse all’orientamento sessuale ed all’identità di genere delle persone ricoverate-assistite nelle strutture sanitarie nelle suddette zone.

Una volta condivisa la metodologia, individuato il campione e selezionato i reparti sanitari a cui volgere l’interesse è stato individuato lo strumento di indagine. Il gruppo di lavoro ha così utilizzato un apposito questionario volto a rilevare le opinioni e gli atteggiamenti del personale sanitario verso la popolazione LGBT, composto da domande chiuse, domande aperte e item di valutazione: le domande *chiuse* hanno uno scopo conoscitivo, in quanto prevedono che il compilatore scelga una delle alternative proposte; le *domande aperte* sono state utilizzate per indagare la motivazione relativa alla scelta di un’alternativa; infine sono stati inseriti alcuni *item di valutazione* allo scopo di rilevare il grado di accordo o di disaccordo con una particolare affermazione.

1.2 Il questionario: descrizione dei contenuti

Il questionario, già sperimentato in due precedenti ricerche dell’Azienda USL 2 di Lucca ed approvato dal gruppo di lavoro regionale¹⁵, è diviso in due sezioni: la prima di carattere socio-anagrafico, la seconda di carattere conoscitivo ed esperienziale.

Nella prima si chiede al compilatore di indicare sia i dati anagrafici, relativi al genere e all’età (Meno di 35 anni, Fra 35 e 50 anni, Più di 50 anni), sia i dati professionali, relativi alla qualifica (Medico, Infermiere, Operatore tecnico, Operatore Socio Sanitario) e all’area di appartenenza (Medica, Chirurgica, Emergenza, Materno infantile e Diagnostica).

¹⁴ Dott.ssa A. Simonelli (ASL 1), Dott.ssa L. Puliti e S. Ardis (ASL 2), Dott.ssa M. Sturaro (ASL 12), Dott.ssa F. Pratesi (ASL 6), Dott.ssa G. Giuliano e Dott. P. Ursino (AOUP).

¹⁵ Il gruppo regionale, composto da operatori delle Aziende Sanitarie della Toscana e da rappresentanti dell’Associazione LGBT, è stato coordinato dal Dott. Marco Lelli della Direzione Generale del Dritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

Nella seconda sezione si chiede di rispondere a 16 domande¹⁶, riguardanti l'approfondimento, la comprensione, la percezione e le caratteristiche che contraddistinguono il pensiero degli operatori socio-sanitari verso la popolazione LGBT.

Più precisamente, gli **ambiti di indagine**, che attraverso il questionario si vogliono conoscere sono:

- ❑ presenza o meno di contatti con persone LGBT nella propria esperienza lavorativa e nel proprio ambiente di lavoro (item 1);
- ❑ necessità o meno di conoscere - da parte dell'operatore - l'orientamento sessuale del paziente ricoverato (item 2);
- ❑ opportunità o meno di conoscere - da parte dell'operatore - l'orientamento sessuale del paziente (item 3);
- ❑ coming out del paziente all'operatore (item 4);
- ❑ corretta definizione di omosessuale e di transessuale (item 5 e 6);
- ❑ percezione, da parte dei sanitari, del possibile disagio provato da pazienti ricoverati insieme con persone LGBT (item 7, 8);
- ❑ conoscenza di episodi di discriminazione nei confronti dei pazienti LGBT (item 9);
- ❑ percezione, da parte degli operatori, della paura dei pazienti LGBT di essere discriminati se comunicano il loro orientamento sessuale (item 10);
- ❑ eventuale disagio dell'operatore nell'assistere una persona omosessuale (item 11);
- ❑ passaggio di informazioni tra operatori inerenti l'orientamento sessuale dei propri assistiti (item 12);
- ❑ possibili accorgimenti (sanitari, medici, relazionali) nel rapporto medico-professionale (item 13, 14);
- ❑ possibile maggiore suscettibilità a determinate malattie da parte di soggetti LGBT (item 15);
- ❑ note personali e/o suggerimenti (item 16).

1.3 La somministrazione del questionario

Una volta approvato dal gruppo di lavoro e decise le aree ed il target all'interno degli ospedali dall'Area Vasta, il questionario, attraverso i referenti USL e AOUP, è stato fatto recapitare in un numero di copie corrispondente al numero di operatori sanitari che lavoravano nei servizi/dipartimenti/aree precedentemente individuati.

¹⁶ Cinque domande sono comuni con la ricerca realizzata nell'Area Vasta Centro, il cui target d'indagine sono i medici di medicina generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che lavorano in quel territorio. Questo passaggio consentirà in futuro di confrontare i risultati emersi nelle indagini svolte nelle due Aree Vaste.

Insieme al questionario è stata consegnata una lettera di presentazione, nella quale venivano date alcune brevi informazioni sugli scopi della ricerca, le istruzioni per la corretta compilazione e la richiesta di collaborazione.

Ciascun operatore, compilato il questionario anonimo, doveva restituirlo, entro 10 giorni dalla consegna, tramite posta interna, inserendolo in una busta chiusa pre-indirizzata al referente aziendale incaricato¹⁷. Quest'ultimo a sua volta doveva far pervenire i questionari al responsabile del gruppo di ricerca entro un mese dall'inizio delle operazioni di consegna.

Nella tabella 1.1 viene illustrato il numero dei questionari distribuiti, restituiti e considerati validi, sui quali si è basata l'analisi dei dati.

L'indagine - la prima su questi argomenti - è stata effettuata nello stesso periodo, ha utilizzato, in ciascuna realtà coinvolta, le medesime strategie organizzative ed ha coinvolto gli operatori dei Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta Nord Ovest.

Il campione (oltre 3.700 questionari distribuiti)¹⁸ è stato individuato in base al numero di operatori impegnati nelle attività di assistenza medico-sanitaria in ciascun ospedale.

Il numero di questionari validi restituiti ha garantito di ottenere stime rappresentative della realtà lavorativa e del "pensiero" degli operatori che lavorano nelle strutture ospedaliere coinvolte.

1.4 Analisi statistiche

Per consentire un'analisi congrua e completa delle risposte espresse da ciascun compilatore, sono stati effettuati due tipi di analisi: una quantitativa e una qualitativa. La prima permette di registrare la frequenza delle risposte (ad esempio: quante volte ricorrono le scelte si/no, vero/falso), mentre quella qualitativa permette di verificare la ricorrenza di una frase, di una descrizione, o di singole parole in testi narrativi diversi (ad esempio la frequenza in diversi elaborati di una determinata frase come "*per paura di essere giudicato*"). I dati qualitativi sono stati analizzati attraverso l'analisi del contenuto, che consente di classificare in categorie le parole o intere affermazioni che ricorrono più volte in un testo narrativo.

L'analisi del contenuto è stata svolta da tre giudici indipendenti, i quali dopo aver letto i singoli contenuti di ogni item, hanno classificato il testo in base a categorie rappresentative.

¹⁷ Agli operatori di ciascuna realtà ospedaliera (in prevalenza Caposala) sono state fornite le informazioni sia sulle procedure da seguire per la distribuzione e consegna dei questionari ai reparti individuati e quindi agli operatori coinvolti, sia per la restituzione - in tempo utile - degli stessi.

¹⁸ Cfr. Tabella 1.1: Distribuzione numerica e percentuale dei questionari distribuiti, restituiti e considerati validi sui quali si è basata l'analisi dei dati.

Oltre a questi tipi di analisi sono state svolte ulteriori indagini quantitative che avevano come obiettivo quello di verificare se vi erano delle differenze dovute alle caratteristiche sia anagrafiche, sia professionali del campione (genere, età, professione, specificità del servizio o del territorio).

Tabella 1.1 Distribuzione numerica e percentuale dei questionari distribuiti, restituiti e considerati validi sui quali si è basata l'analisi dei dati.

OSPEDALI	DISTRIBUITI (N)	RESTITUITI (%)	VALIDI (%)
Massa Carrara	500	23,6 (118)	23,0 (115)
Lucca	413	40,9 (169)	40,9 (169)
“F. Lotti” di Pontedera “S.ta Maddalena” di Volterra	600	50,2 (301)	45,8 (275)
Cecina e Livorno Piombino e Elba	600	14,7 (88)	13,7 (82)
Ospedale Versilia	650	35,5 (231)	23,4 (152)
Ospedale “Santa Chiara” e “Cisanello” della Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana	1000	41,8 (418)	40,7 (407)
TOTALE	3.763	34,4 (1325)	31,2 (1200)

2. ANALISI DEI RISULTATI

L'analisi descrittiva, sia delle variabili anagrafiche e professionali che caratterizzano il target della ricerca, sia delle frequenze riscontrate in ciascun item, ci aiutano a conoscere meglio gli aspetti socio-professionali del campione.

2.1 Variabili anagrafiche e professionali

Il campione è composto da 1200 operatori sanitari dei quali 870 di genere femminile e 311 maschile (figura 2.1) appartenenti, prevalentemente, alla fascia di età compresa Fra 35 e 50 anni (figura 2.2).

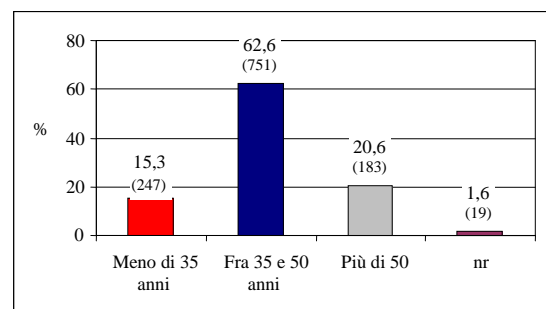
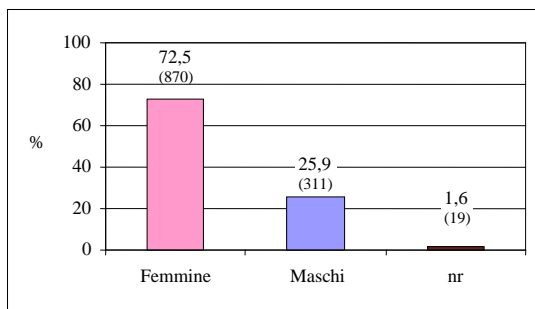


Figura 2.1e 2.2 – Distribuzione percentuale del campione per **Genere** e per **Fasce di età**.

Dall'analisi delle variabili professionali si evince che la maggior parte del campione svolge mansioni Infermieristiche, seguono i Medici e gli Operatori Socio Sanitari (OSS) (figura 2.3).

Le Aree di appartenenza, ovvero di lavoro sono principalmente le seguenti: Chirurgica, Medica e di Emergenza (figura 2.4).

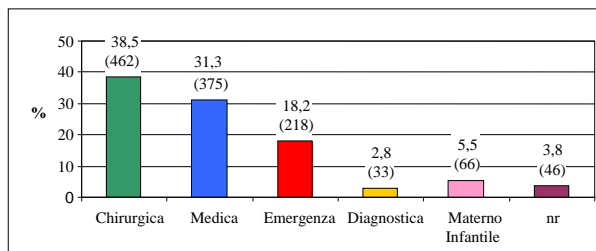
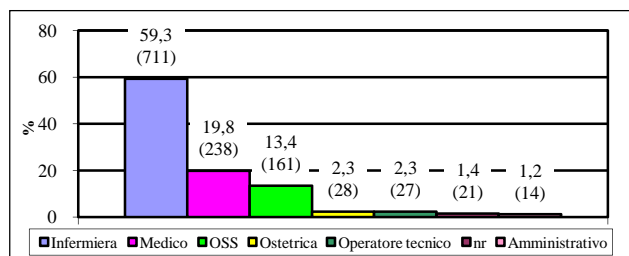


Figura 2.3 e 2.4 – Distribuzione percentuale del campione per **Qualifica** e per **Area di appartenenza**.

Le Aziende Sanitarie di appartenenza del campione sono le stesse che compongono l'Area Vasta Nord-Ovest: l'Azienda 1 di Massa e Carrara, Azienda 2 di Lucca, l'Azienda 5 di Pisa, l'Azienda 6 di Livorno, l'Azienda 12 della Versilia, e infine l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP).

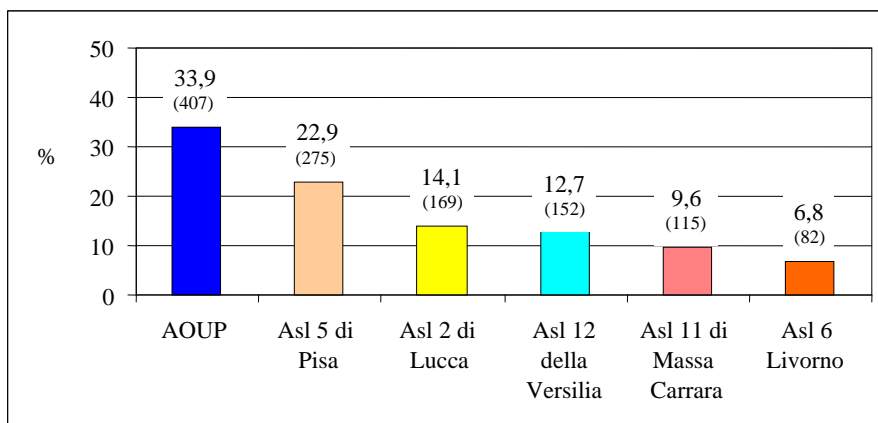


Figura 2.5 – Distribuzione percentuale del campione per Azienda di appartenenza.

2.2 Risposte agli item 1-15

Il questionario si compone di 16 item dei quali 13 sono a risposta chiusa e 3 a risposta aperta.

2.2.1 Item n. 1

L'item n. 1 fa riferimento all'**esperienza lavorativa dell'operatore** e pone la seguente domanda: *“Nel tuo reparto è mai stata ricoverata una persona gay, lesbica o transessuale?”* (i compilatori potevano selezionare più risposte).

Il 69,2% del campione riferisce di aver visto nel proprio reparto pazienti gay, lesbiche e transessuali. In particolare, considerando il totale delle risposte (1829 poiché ogni operatore poteva selezionare più categorie) fornite all'item a scelta multipla, si osserva che il 34,2% riferisce di aver visto ricoverati pazienti gay (625), il 24,7% ha visto persone transessuali (452), e il 20,9% persone lesbiche (382) (figura 2.6).

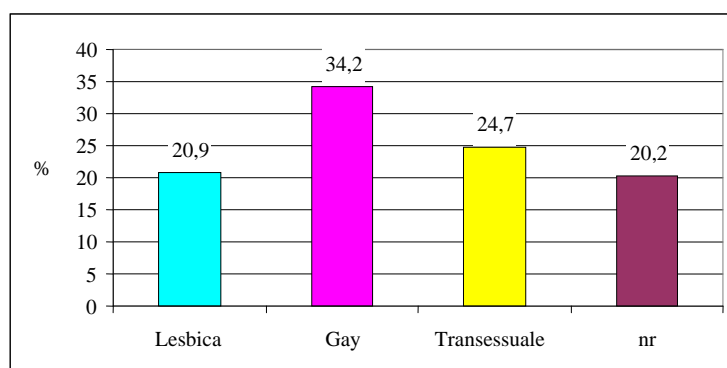


Figura 2.6 – Distribuzione percentuale delle risposte all'**item n. 1**: *“Nel tuo reparto è mai stata ricoverata una persona gay, lesbica o transessuale?”*.

2.2.2 Item n. 2 e n. 3

Gli item n. 2 e n. 3 fanno riferimento alla **necessità/opportunità o meno, da parte dell'operatore sanitario, di conoscere l'orientamento sessuale del paziente**. Dall'analisi delle risposte all'item n. 2 (figura 2.7) emerge che il 48,4% non considera il fatto che i pazienti possano essere persone LGBT e, rispettivamente il 29,1% (125) perché, secondo loro “.. non è rilevante ai fini della valutazione dello stato di salute” e il 19,3% (232) perché “...è un'informazione che attiene alla sfera privata degli assistiti”.

Fra coloro che rispondono di tenere in considerazione tale aspetto (41,1%), il 30,2% (362) dice di averlo capito e il 10,9% (131) afferma: “Si, me lo hanno detto”.

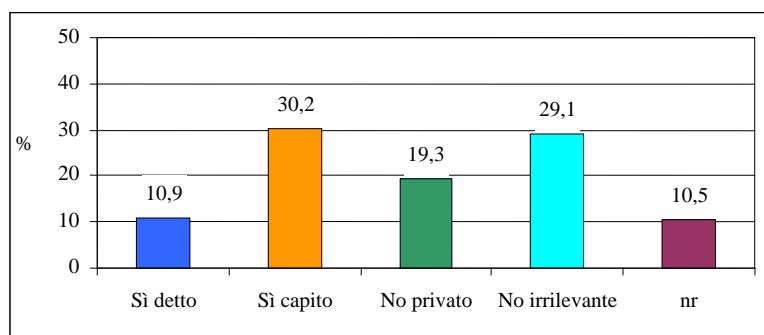


Figura 2.7 – Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 2: “Hai mai considerato che fra i tuoi assistiti ci siano gay, lesbiche, bisessuali o transessuali?”.

Con l'item n. 3 si è chiesto all'operatore di esprimere il proprio punto di vista circa l'opportunità o meno di domandare, e quindi di conoscere con certezza, l'orientamento sessuale del paziente (figura 2.8): la maggior parte del campione ha risposto negativamente (1096).

Le risposte affermative in totale sono solo 72 e 32 operatori non rispondono (2,7%).

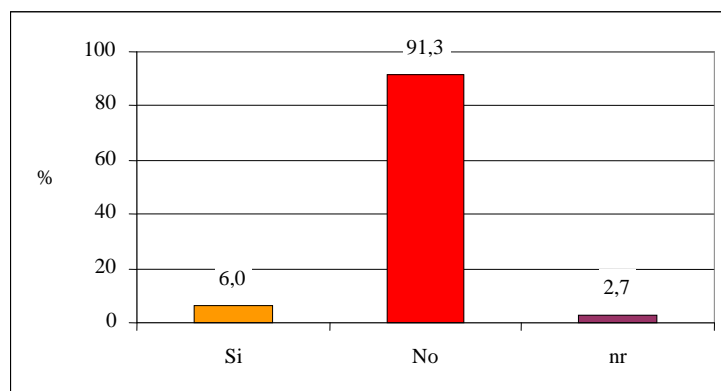


Figura 2.8 – Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 3: “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”.

2.2.3 Item n. 4

L'item n. 4 ha lo scopo di indagare il **livello di coming out del paziente**: in particolare viene chiesto all'operatore se le persone da lui assistite gli hanno rivelato il proprio orientamento sessuale.

Come si può osservare nella figura 2.9, la maggior parte dei pazienti (68,6%) non rivela il proprio orientamento sessuale all'operatore sanitario.

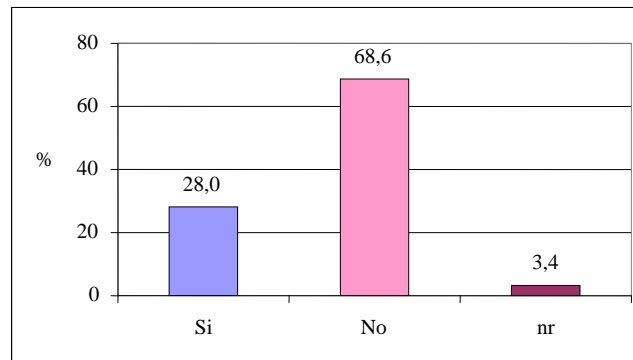


Figura 2.9 – Distribuzione percentuale dell'item n. 4: "Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?"

2.2.4 Item n. 5 e n. 6

Gli item n. 5 e n. 6 hanno lo scopo di indagare la **conoscenza della corretta definizione di "omosessuale" e di "transessuale"**. Per ognuno dei due item venivano fornite più opzioni di risposta: gli operatori dovevano individuare quella - secondo loro - più corretta e completa o indicarne una propria. L'analisi delle risposte all'item n. 5 (figura 2.10) evidenzia che il 53,9% (647) sceglie la risposta corretta, ovvero che l'omosessualità è "*Una variante naturale della sessualità umana*" (definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). Il 20,2% sceglie la risposta "*Una scelta della persona*" (242), 156 ritengono che sia "*Una condizione patologica della sessualità umana*", 53 operatori scelgono "*Un'anomalia genetica recessiva*"; 39 scelgono "*Altro*", e infine 10 concordano con la seguente definizione "*Una nevrosi su base familiare indotta*". 53 soggetti non rispondono (4,4%).

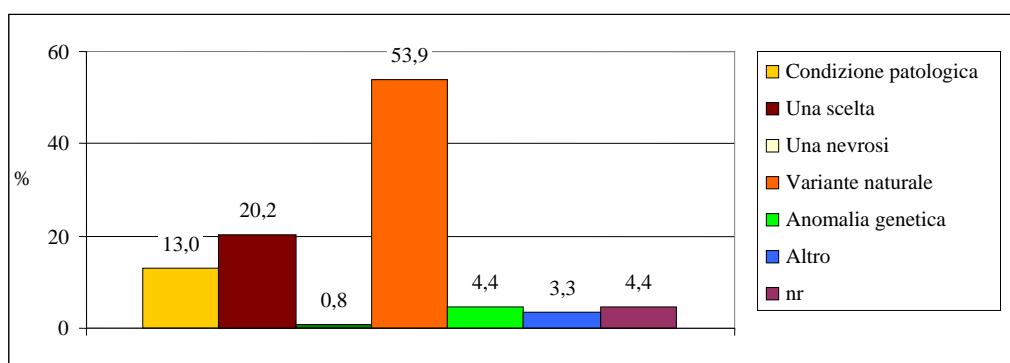


Figura 2.10 – Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 5: "L'omosessualità è?"

Le 39 risposte libere comprese nella voce “Altro” sono state raggruppate, mediante l’analisi del contenuto, in sei categorie: “Non so, non chiaro” (10), “Multifattoriale” (8), “Disturbo psicologico o anomalia cerebrale” (4), “Scelta della persona” (4), “Condizione della sessualità” (4) e “Orientamento dell’anima” (2).

Sette soggetti hanno selezionato la risposta “Altro” ma non hanno specificato né dato una propria definizione.

La prima categoria, “*Non so, non chiaro*”, comprende le risposte degli operatori che ritengono di non conoscere l’esatta definizione di omosessualità per scarsa informazione oppure per la difficoltà di connotare la “condizione” di omosessuale. La seconda categoria, o “Multifattoriale”, contiene le risposte che considerano l’omosessualità un insieme di più fattori. Le altre categorie individuate fanno dipendere l’omosessualità da fattori fisici o personali, oppure considerano l’omosessualità come una “possibilità” della sessualità o, infine, come un “orientamento dell’anima”.

Con la domanda n. 6 si chiede di dare l’esatta definizione della persona transessuale: l’operatore doveva scegliere quella corretta fra le cinque opzioni di risposta presenti o indicarne una propria (Altro). Dalla figura 2.11 si può osservare che circa la metà del campione (51,2%) ha contrassegnato la risposta esatta, ovvero “*Persona caratterizzata da persistente identificazione col sesso opposto e profondo disagio riguardo al proprio sesso e ruolo sessuale*” (614), il 36,8% ha scelto “*Persona che desidera sottoporsi a trattamenti ormonali e/o chirurgici per adeguamento del sesso anatomico al sesso psicologico*” (441).

Altri operatori (40) hanno indicato la seguente definizione: “*Persona che presenta una forma più accentuata di omosessualità*”; altri ancora (30) hanno scelto: “*Persona che indossa i vestiti generalmente indossati dall’altro sesso*”, ed infine 17 che hanno preferito dare una propria definizione nell’apposito spazio (Altro), mettono in evidenza sia l’importanza dell’identificazione sessuale rispetto al proprio sesso anatomico (7), sia la libertà di scelta di ogni individuo (2), oppure le cure ormonali alle quali i transessuali si sottopongono (2). Infine, 6 operatori affermano di non sentirsi in grado di definire tale condizione.

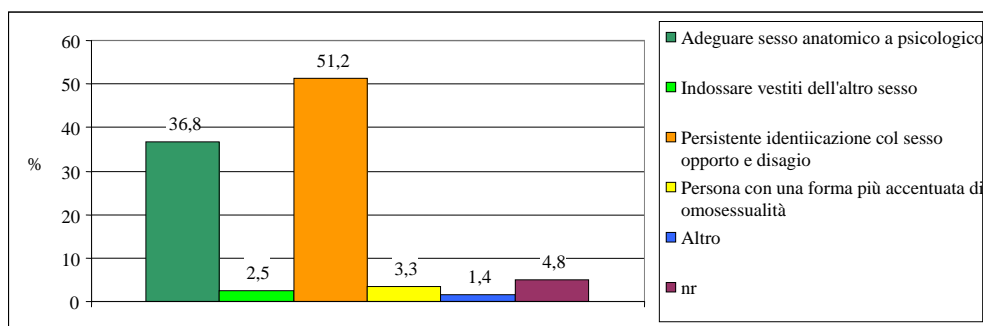


Figura 2.11 – Distribuzione percentuale delle risposte all’item n. 6: “Definizione di transessuale”.

2.2.5 Item n. 7 e n. 8

Con gli item n. 7 e n. 8 si chiede agli operatori sanitari di esprimersi circa il punto di vista del paziente che viene ricoverato e messo in **stanza con persone omolesbici (item n. 7) o transessuali (item n. 8) e di valutarne il possibile disagio.**

Dall'analisi delle risposte date ai due item (figura 2.12 e 2.13), si nota che gli operatori sanitari attribuiscono una maggiore sensazione di disagio ai pazienti che sono ricoverati in stanza con persone transessuali (56,7%; 631) piuttosto che con persone gay o lesbiche (44,1%; 680).

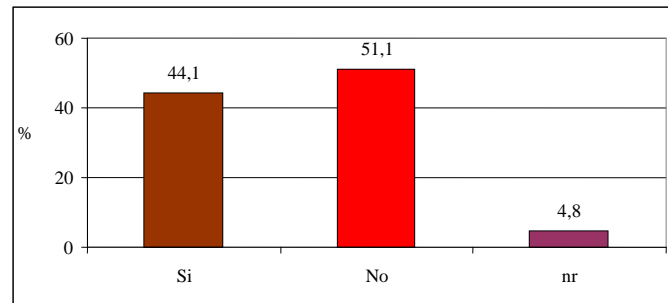


Figura 2.12 - Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 7: "Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche un gay o una lesbica?".

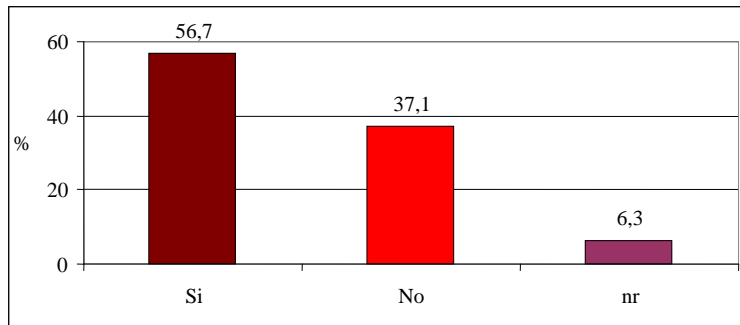


Figura 2.13 - Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 8: "Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche una transessuale o un transessuale?".

2.2.6 Item n. 9 e n. 10

Le domande poste con gli item n. 9 e n. 10 hanno come obiettivo di conoscere il **livello di discriminazione** verso i pazienti LGBT: in particolare, l'item n. 9 fa riferimento alla discriminazione messa in atto all'interno del reparto, mentre con l'item n. 10 si chiede agli operatori se, a loro parere, i pazienti LGBT temono di essere discriminati qualora comunicassero il proprio orientamento sessuale.

Dall'analisi delle risposte date all'item n. 9, emerge che circa un quinto degli operatori sanitari dà una risposta affermativa (21%; 252) (figura 2.14), il che ci fa supporre, che anche negli ambienti sanitari e di cura, vi sia un basso livello di fiducia nei confronti dei colleghi o nel "*clima ambientale*", visto e percepito come discriminante a causa dell'orientamento sessuale dei pazienti.

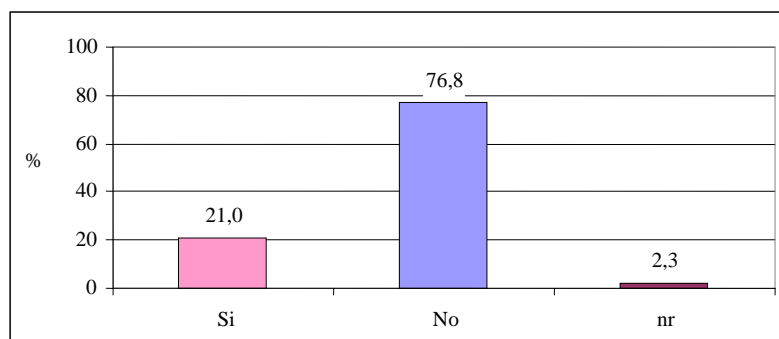


Figura 2.14 - Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 9: "Nel tuo reparto hai mai visto prendere in giro una persona a causa del suo orientamento sessuale?".

Mentre all'item n. 10, con il quale si chiede di indicare su una scala a 6 punti, da "Totalmente falso" (0) a "Totalmente vero" (5), quanto gli operatori sanitari ritengano che i pazienti LGBT possano sentirsi discriminati se comunicano il loro orientamento sessuale, emerge che il 58,3% (699) dà risposte affermative ["Abbastanza vero" (3), "Vero" (4) e "Totalmente vero" (5)]. Ventisette soggetti (4,1%) non rispondono.

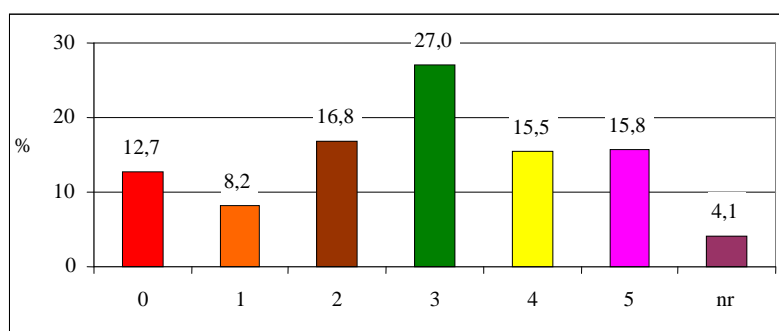


Figura 2.15 - Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 10: "A tuo parere i pazienti hanno paura di essere discriminati se comunicano al personale sanitario di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale".

2.2.7 Item n. 11

Dall'analisi delle risposte all'item n. 11, che valuta l'esperienza soggettiva dell'operatore sull'eventuale disagio provocatogli dal dover assistere una persona omosessuale, emerge che quasi la totalità del campione risponde di non aver mai provato alcun disagio (figura 2.16).

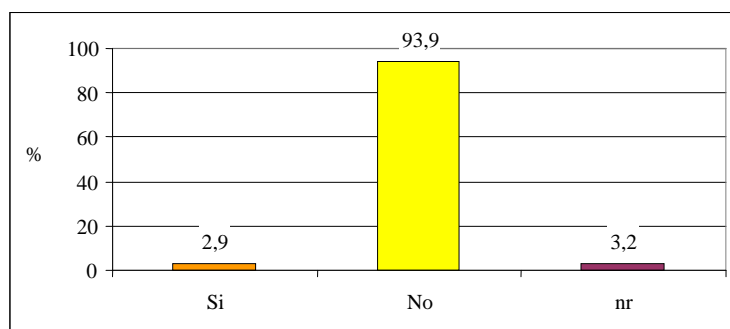


Figura 2.16 - Distribuzione percentuale delle risposte all'item n. 11: "Ti crea disagio dover assistere una persona omosessuale?".

2.2.8 Item n. 12

Sebbene, come abbiamo visto nell'item n. 2, la quasi totalità del campione affermi di non ritenere opportuno chiedere l'orientamento sessuale ai propri pazienti, una buona parte del campione ritiene invece utile comunicare/condividere questa informazione fra colleghi. Infatti all'item n. 12 che fa riferimento all'opportunità/utilità o meno di uno **scambio di informazioni tra operatori** sull'orientamento sessuale dei pazienti ricoverati nel proprio reparto, il 28,1% delle risposte (figura 2.17) sono state affermative.

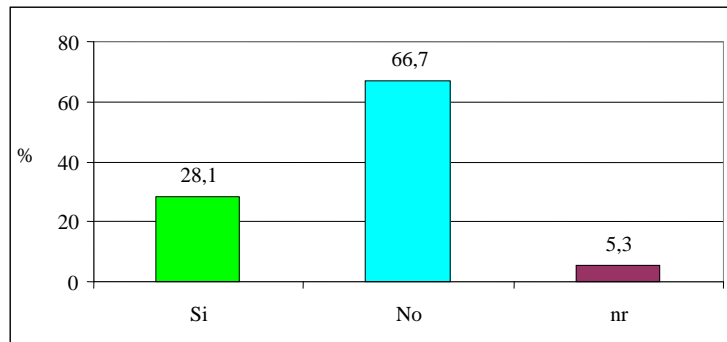


Figura 2.17 - Distribuzione percentuale delle risposte all'**item n. 12**: "Ritieni opportuno informare i tuoi colleghi dell'orientamento sessuale dei pazienti ricoverati nel tuo reparto?".

2.2.9 Item n. 15

All'item n. 15, con il quale si chiede all'operatore se esiste, secondo lui, un **livello di maggiore suscettibilità a contrarre malattie** da parte dei pazienti omosessuali e transessuali, il numero di coloro che danno una risposta affermativa è percentualmente più alto (51,8%; 622) rispetto a coloro che rispondono negativamente (38,8%; 466).

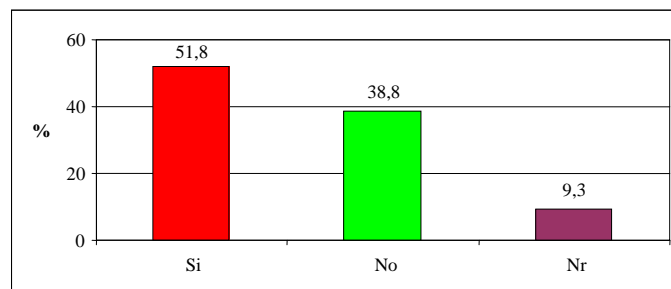


Figura 2.18 - Distribuzione percentuale dell'**item n. 15**: "Ritieni che omosessuali e transessuali siano più suscettibili a malattie?".

2.3 Risposte alle domande aperte: item 3, 7-8, 11-16

2.3.1 Item n. 3

Con l'item n. 3, si chiedeva all'operatore sanitario di **esprimere la propria opinione sulla opportunità di domandare al paziente l'orientamento sessuale e nel contempo si invitava anche l'operatore ad esplicitare le motivazioni della sua scelta.**

Dei 72 operatori sanitari che hanno risposto di ritenere opportuno formulare una domanda diretta, poco più della metà (52,8%) ne ha anche dato la motivazione.

Attraverso l'analisi del contenuto abbiamo accorpato le risposte fornite dagli operatori in tre categorie: nella prima afferiscono quelle motivazioni per le quali gli operatori ritengono utile ed importante conoscere i comportamenti relativi alla sfera sessuale del paziente per escludere eventuali malattie sessualmente trasmissibili, ovvero "per indagare la presenza di MTS" (47,4%).

Nella seconda categoria rientra la necessità di avere informazioni che vengono ritenute utili per comprendere meglio la persona e "per definire la diagnosi" (42,1%), e così avere un quadro clinico completo ed esaustivo del paziente.

Nella terza categoria sono raccolte le affermazioni degli operatori che ritengono utile chiedere e sapere "per un aiuto psicologico" (10,5%), per offrire, cioè al paziente anche un eventuale supporto o sostegno psicologico.

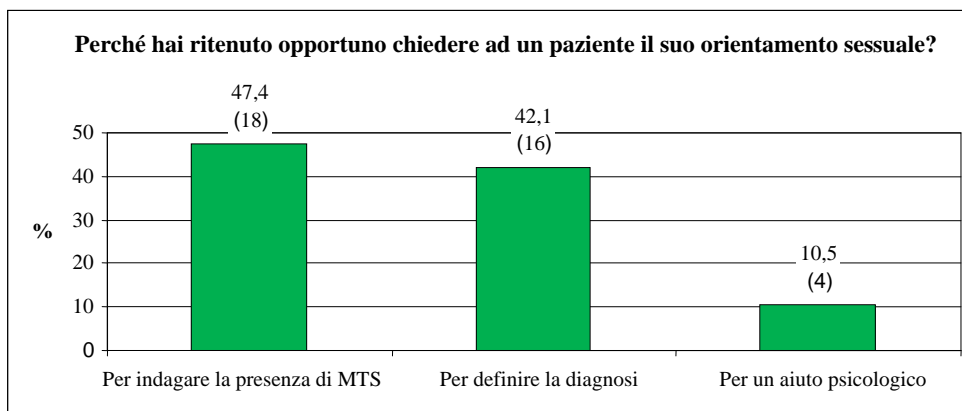


Figura 2.20 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item n. 3 (risposta affermativa).

Anche tra i 1.096 operatori sanitari che non ritengono opportuno indagare e sapere l'orientamento sessuale del paziente, il 42,8% ha fornito le proprie motivazioni al riguardo.

Le risposte sono state raggruppate in cinque categorie: "non rilevante ai fini diagnostici e assistenziali" (43,9%), "per rispetto della privacy" (29,4%), "non mi riguarda" (17,9%), "scelta personale da rispettare" (6,1%), "solo se utile ai fini diagnostici e assistenziali" (2,7%).

La prima categoria o della "non attinenza", raggruppa tutte quelle risposte che ritengono tale informazione "non pertinente" ai fini diagnostico-sanitari in quanto, da una parte, il ricovero era determinato da patologie non collegate alla sfera sessuale ("non era rilevante per la sua patologia"), dall'altra parte gli operatori sanitari non ritenevano utile chiederlo in quanto svolgevano un ruolo per il quale "non è un'informazione che riguarda la mia assistenza".

La seconda - “per rispetto della privacy” - è composta da quelle affermazioni in base alle quali gli operatori ritengono tale informazione una violazione della sfera privata del paziente o comunque un fatto personale che va rispettato.

La terza categoria, raggruppa il 17,9% degli operatori che affermano “non mi riguarda”: la sfera sessuale non viene da questi considerata né per quanto attiene l’ambito professionale né personale.

La categoria “scelta personale da rispettare” esprime l’idea che questa informazione sia un fatto privato da rispettare. Infine, la categoria “solo se utile ai fini diagnostici e assistenziali”, evidenzia che l’orientamento sessuale viene visto come un’informazione da richiedere solo nei casi in cui sia strettamente necessaria.

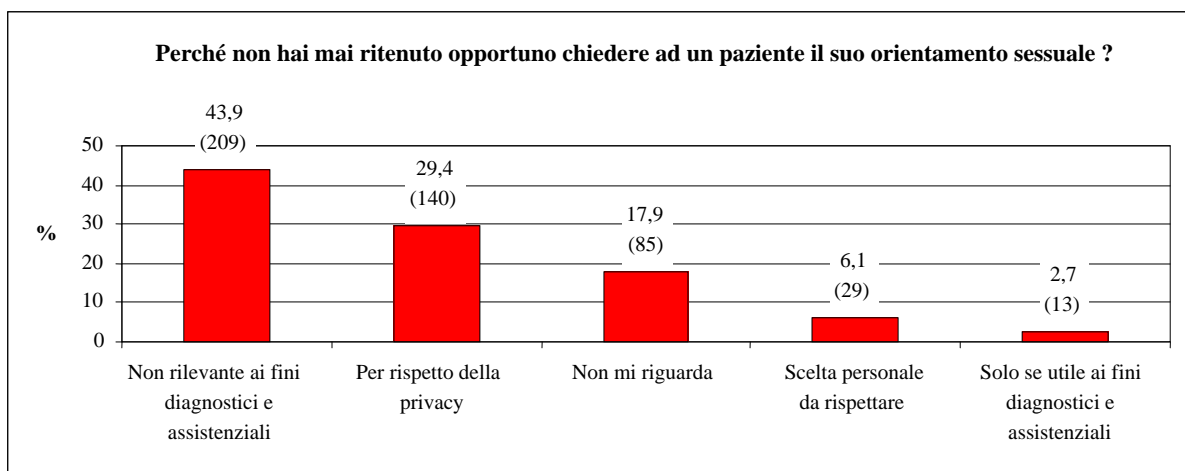


Figura 2.21 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall’analisi qualitativa delle risposte all’item n. 3 (risposta negativa).

La figura 2.21 bis mostra le percentuali ottenute dalle elaborazioni sull’item 3, riferite al campione (N=1168) che ha risposto a questa domanda. Le risposte negative sono state evidenziate con il colore rosso, mentre quelle verdi mostrano le percentuali alle risposte affermative.

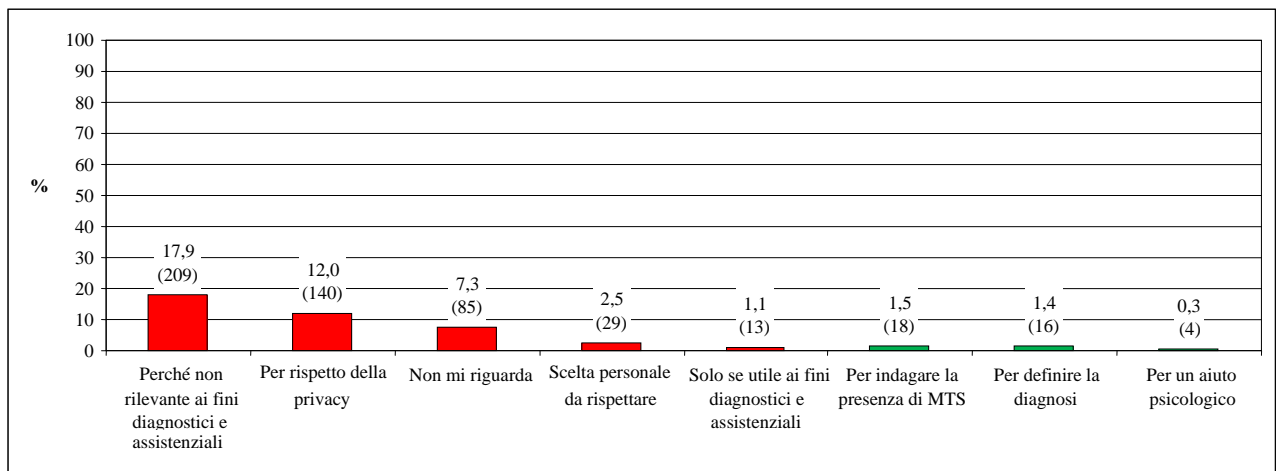


Figura 2.21 bis Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall’analisi qualitativa delle risposte all’item n. 3 riferite al totale del personale sanitario (N=1168) che ha risposto a questo item.

2.3.2 Item n. 7

Con la domanda n. 7 veniva chiesto agli operatori di assumere il punto di vista dei pazienti ricoverati in stanza con una persona omosessuale e di spiegare le motivazioni che potessero indurre (o meno) un possibile disagio (“*Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche un gay o una lesbica?*”).

Dei 529 operatori sanitari che sostengono che la presenza in stanza di un gay o di una lesbica, possa provocare un disagio al paziente ricoverato, il 50,5% ha espresso anche le proprie motivazioni, che sono state raggruppate in cinque categorie: “per fattori individuali (età, istruzione, ecc.)” (31,1%), “per limitata cultura sociale” (25,9%), “per pregiudizio e discriminazione” (21,4%), “perché sono visti come “diversi” (15,5%) e infine, “a causa dell’atteggiamento delle persone omosessuali” (6,1%).

La prima categoria esplicita che il possibile disagio del paziente può essere generato da fattori individuali quali l’età (ad esempio ritengono che i pazienti anziani siano più a disagio), la cultura dei pazienti e il loro grado di istruzione e infine la mentalità, più o meno aperta.

La seconda categoria comprende spiegazioni che fanno riferimento alla cultura sociale nella quale viviamo, che viene vista come limitata (“non c’è un’adeguata cultura in merito”, “siamo ancora “indietro” ”).

La terza e quarta categoria evidenziano che ulteriori possibili fonti di disagio sono da attribuire alle idee legate al “mondo” omosessuale che, non solo generano pregiudizio e discriminazione, ma che ancora stigmatizzano come “diverse” le persone appartenenti a questo mondo.

L’ultima categoria, infine, individua la causa di un possibile disagio nel comportamento non adeguato (atteggiamenti, avance,..) delle persone omosessuali di fronte/verso gli altri pazienti.

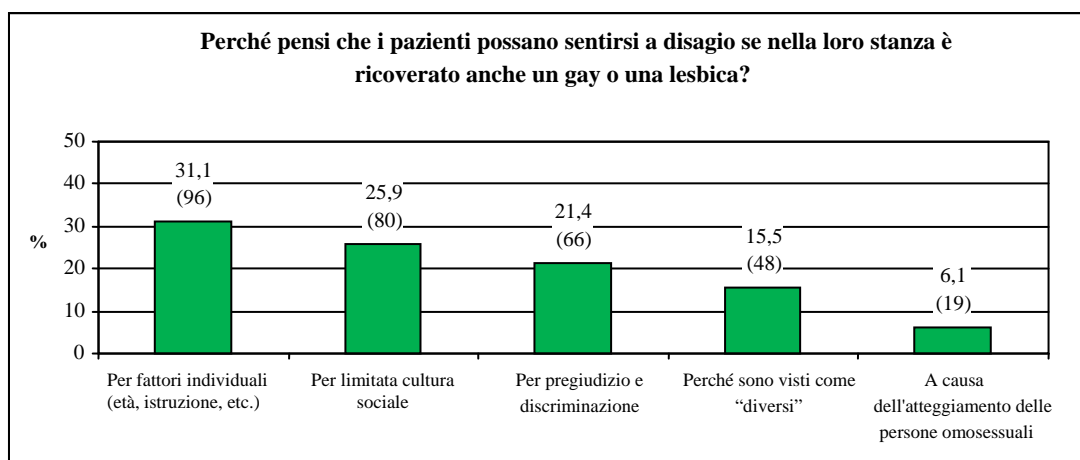


Figura 2.22 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall’analisi qualitativa delle risposte all’item n. 7 (risposta affermativa).

Dei 613 operatori sanitari che non pensano vi sia la possibilità che un paziente ricoverato in stanza con persone omosessuali provi disagio, solo il 17,3% ha fornito anche le motivazioni: anche queste sono state raggruppate in cinque categorie, che riportiamo nell'ordine.

Nella prima categoria - “per non visibilità dell'orientamento sessuale” (29,9%) – sono raggruppate le risposte degli operatori che affermano sia difficile riconoscere o distinguere una persona omosessuale da una eterosessuale.

Nella seconda - “perché sono persone come le altre” - (27,6%) sono raccolte le affermazioni di coloro che sostengono che tutti gli esseri umani sono uguali.

Nella terza categoria - “per educazione” (16,5%) – rientrano le risposte di coloro che sottolineano l'importanza del saper stare con gli altri purché vi sia rispetto per le rispettive diversità.

Nella quarta - “perché i pazienti sono concentrati sulla salute” (14,2%) - emerge, invece, l'idea che l'orientamento sessuale non sia rilevante per i pazienti ricoverati, i quali pensano solo a recuperare la salute.

Nella quinta - “solo se gli omosessuali sono rispettosi” (11,8%) - sono racchiuse le affermazioni degli operatori i quali ritengono che non ci sia disagio “se gli omosessuali adottano comportamenti adeguati”.

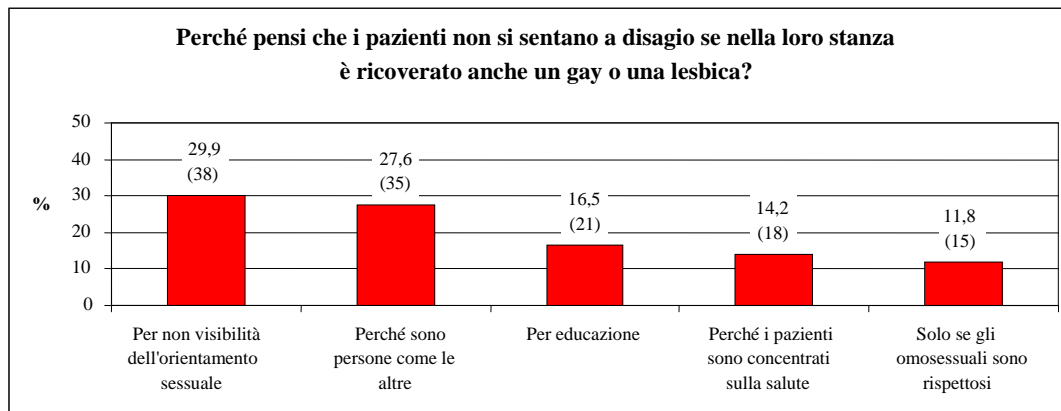


Figura 2.23 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item n. 7 (risposta negativa).

2.3.3 Item n. 8

L'item n. 8 riformula la domanda all'item precedente riferendola alla popolazione transessuale e chiede, anche in questo caso, di fornire una motivazione alla propria scelta (“*Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche una transessuale o un transessuale?*”).

Dei 680 operatori sanitari che ritengono che il paziente si senta a disagio se nella sua stanza viene ricoverata una persona transessuale, il 45,7% ha fornito delle motivazioni che sono state raggruppate in sei categorie: “per fattori individuali (età, istruzione, ecc...)” (28,9%), “per

pregiudizio e discriminazione” (19,8%), “per limitata cultura sociale” (18,3%), “perché sono visti come “diversi” ” (12,1%), per “confusione nell’identità sessuale e difficoltà di locazione” (11,8%) e, infine, “a causa dell’atteggiamento delle persone transessuali” (9,1%). Le categorie utilizzate sono corrispondenti a quelle individuate per classificare le risposte all’item 7, tranne che la categoria “confusione nell’identità sessuale e difficoltà di assegnazione al momento del ricovero”, che segnala un disagio ulteriore nel contatto con persone transessuali, rispetto ad omosessuali, in quanto l’aspetto fisico dei primi presenta tratti sessuali prevalentemente ambigui che determinano difficoltà nella determinazione/scelta del reparto (settore uomini o donne).

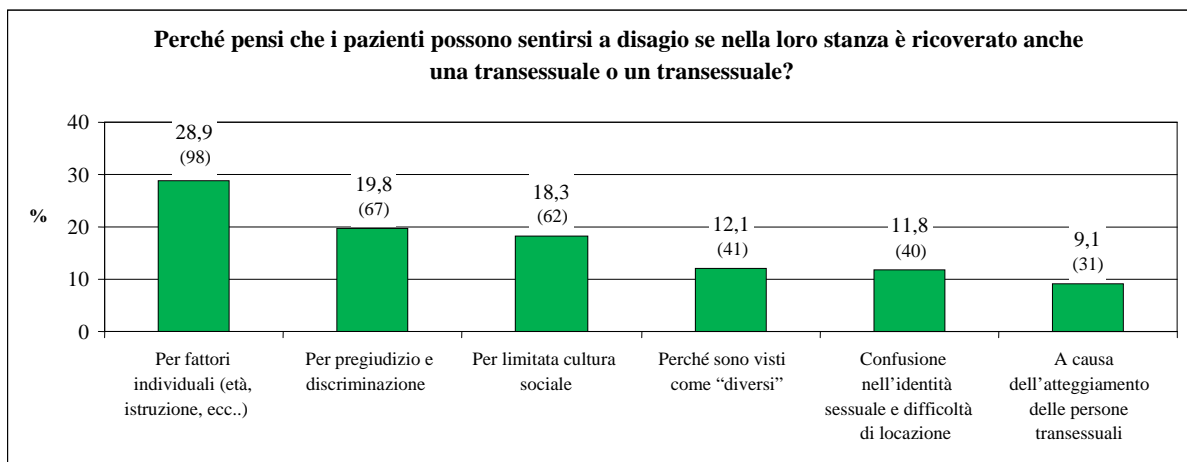


Figura 2.24 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall’analisi qualitativa delle risposte all’item n. 8 (risposta affermativa).

Dei 445 operatori sanitari che non ritengono il paziente “a disagio” se viene ricoverato in stanza con una persona transessuale, solo il 9,7% ha fornito le motivazioni della propria scelta che sono state raggruppate in cinque categorie uguali a quelle individuate nelle risposte negative all’item 7: “perché sono persone come le altre” (40,4%), “per educazione” (23,4%), “perché i pazienti sono concentrati sulla salute” (17%), “perché c’è la privacy” (14,9%) e, infine, “solo se i transessuali sono rispettosi” (4,3%).

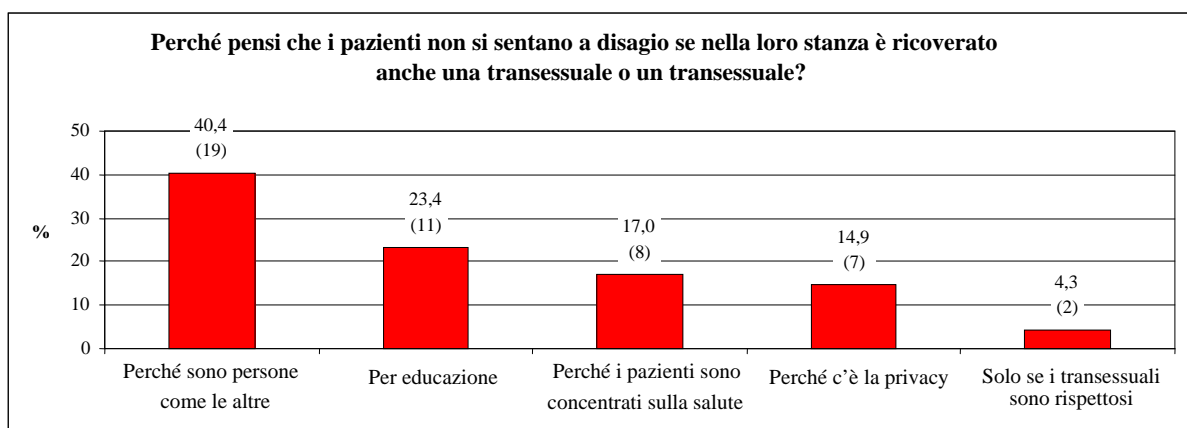


Figura 2.25 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall’analisi qualitativa delle risposte all’item n. 8 (risposta negativa).

2.3.4 Item n. 11

Con l'item n. 11 si vuol richiamare l'attenzione dell'operatore sul proprio operato e invitarlo a riflettere sul possibile disagio provocato dal dover assistere una persona omosessuale (*"Ti crea disagio dover assistere una persona omosessuale?"*) chiedendo anche di esplicitare le motivazioni del proprio atteggiamento.

Dei 35 operatori sanitari che hanno dichiarato di provare disagio nell'assistere pazienti omosessuali, solo 8 soggetti hanno fornito motivazioni che evidenziano aspetti diversi dello stesso problema: le affermazioni richiamano aspetti legati alla paura di essere contagiati o di provare imbarazzo perché gli omosessuali hanno "tutto al posto sbagliato".

Gli operatori riferiscono di provare sentimenti di varia natura: vergogna, non sopportazione o scarsa motivazione personale, che, precisano, "non inficiano la positività della prestazione professionale". Altri operatori, infine, sottolineano problemi di tipo relazionale, in quanto dicono di non sapere "come rivolgersi alla persona omosessuale".

Dei 1127 operatori che dichiarano di non provare disagio nell'assistere una persona omosessuale, solo il 23,5% ha fornito le motivazioni, raggruppate in cinque categorie.

La prima categoria - "perché sono persone/pazienti come gli altri" (65,9%) - racchiude il pensiero degli operatori che considerano gli omosessuali alla pari delle altre persone ricoverate.

La seconda categoria " perché non rilevante ai fini diagnostici e assistenziali" (25%).

La terza - "perché c'è la privacy" (5,3%) - raggruppa le affermazioni nelle quali si sostiene che l'omosessualità non essendo visibile ed essendo un'informazione privata non può creare disagio in quanto l'operatore non ne è a conoscenza; infine la quarta categoria - "solo se gli omosessuali sono rispettosi" (3,8%) - fa riferimento alle risposte che attribuiscono la causa di un possibile disagio dell'operatore ad un eventuale comportamento non consono messo in atto dalla persona omosessuale.

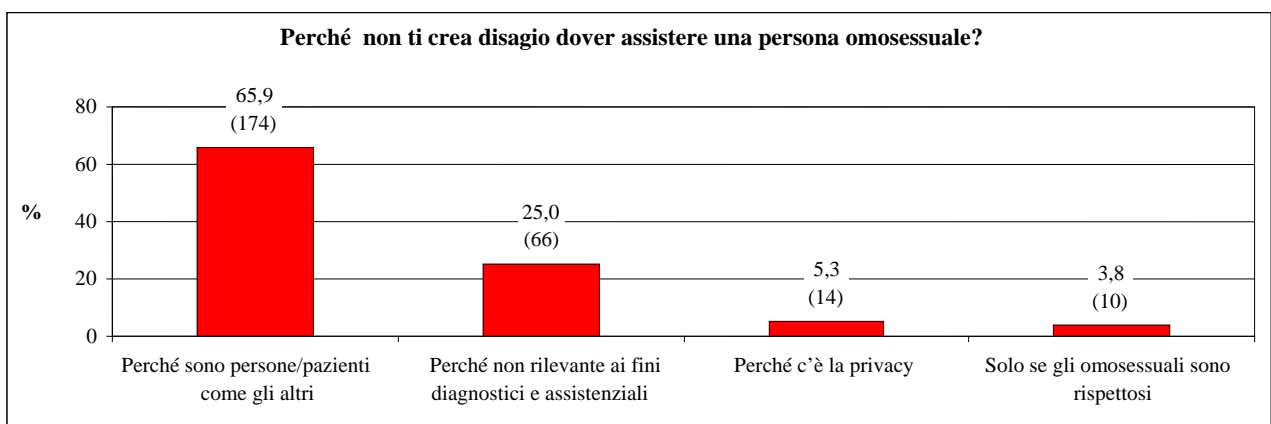


Figura 2.26 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item n. 11 (risposta negativa).

La figura 2.26 bis mostra le percentuali ottenute dalle elaborazioni sull'item 11, riferite al campione (N=1127) che ha risposto negativamente a questa domanda.

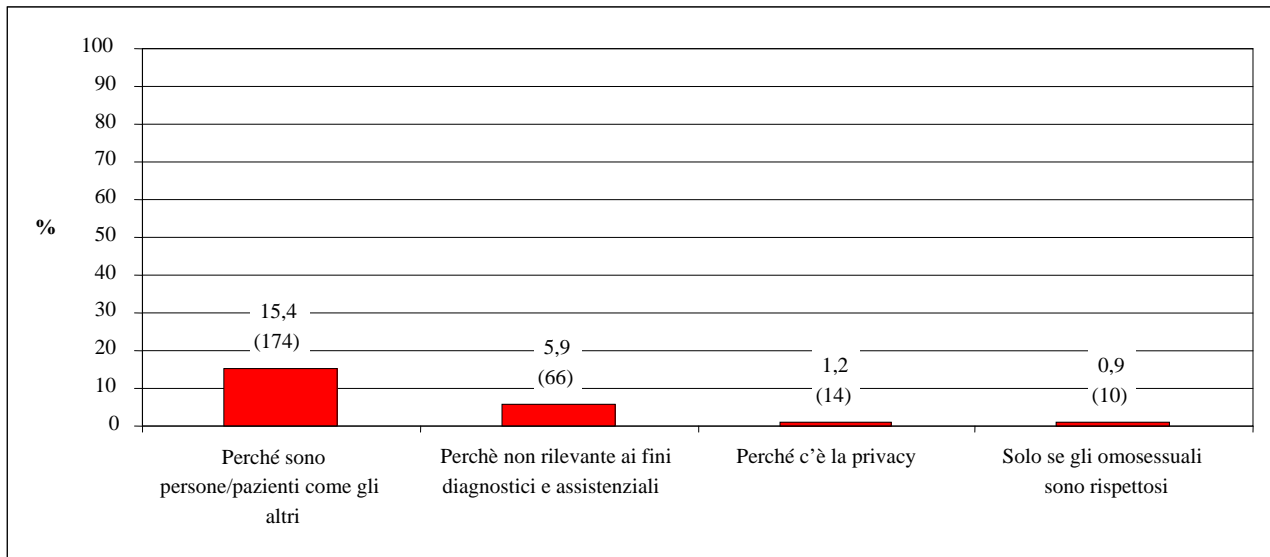


Figura 2.26 bis - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item n. 11 riferite al totale del personale sanitario (N=1127) che ha risposto negativamente a questo item.

2.3.5 Item n. 12

L'item n. 12 indaga l'opportunità, da parte dell'operatore, di informare i colleghi circa l'orientamento sessuale del paziente ricoverato nel proprio reparto (*“Ritieni opportuno informare i tuoi colleghi circa l'orientamento sessuale dei pazienti ricoverati nel tuo reparto?”*) e chiede di esplicitare la motivazione di tale scelta comportamentale.

Dei 337 operatori sanitari che ritengono opportuno informare i colleghi, solo il 36,5% ha fornito le motivazioni. Le risposte sono state raggruppate in cinque categorie.

La prima - “per evitare disagio o discriminazione all'assistito” (39,8%) - raccoglie le risposte degli operatori che pensano che i colleghi se conoscono l'orientamento sessuale del paziente, possano evitare di fare gaffe o discriminazioni.

La seconda è “per fare una migliore diagnosi” (29,7%).

La terza categoria è “solo se utile ai fini diagnostici e assistenziali” (13,3%).

La quarta - “per evitare disagio all'operatore” (10,2%) - raggruppa le affermazioni secondo le quali avere questa informazione può aiutare l'operatore a non provare disagio di fronte ad alcuni comportamenti dei pazienti.

L'ultima categoria è - “per proteggersi da eventuali malattie infettive” (7%) - : gli operatori che danno questa risposta ritengono quindi che gli omosessuali siano più suscettibili a contrarre malattie infettive.

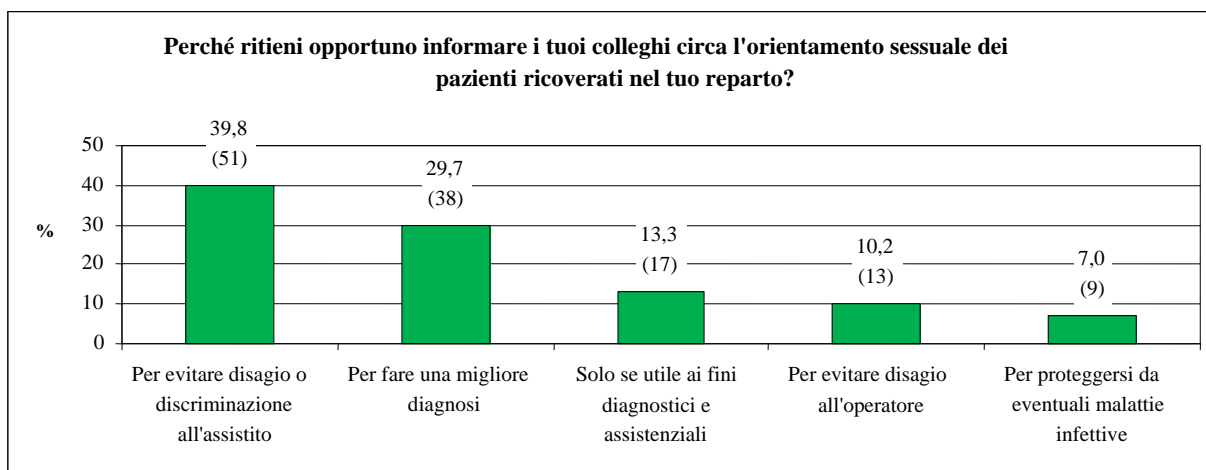


Figura 2.27 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item 12 (risposta affermativa).

Degli 800 operatori sanitari che non ritengono opportuno informare i propri colleghi, solo il 21,9% ha fornito anche le motivazioni che sono state raggruppate in quattro categorie: “perché non rilevante ai fini diagnostici e assistenziali” (65,7%), “per rispetto della privacy” (21,7%), “per la tutela del paziente” (7,4%) e, infine, “solo se utile ai fini diagnostici e assistenziali” (5,1%). In particolare, la categoria “per rispetto della privacy” raccoglie le affermazioni degli operatori che ritengono che questa informazione debba essere tutelata dalla legge sulla privacy e la categoria “per tutela del paziente” riunisce le risposte di coloro che pensano che far passare questa informazione possa creare disagio al paziente.

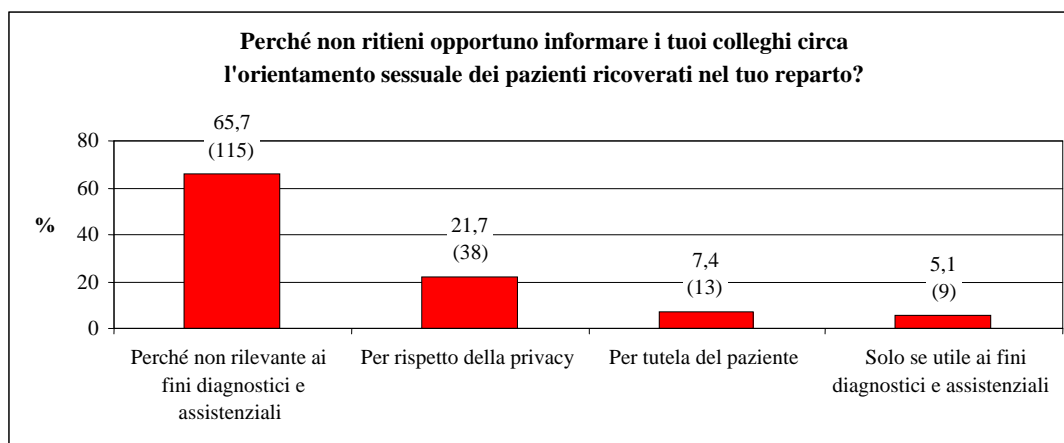


Figura 2.28 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item 12 (risposta negativa).

2.3.6 Item n. 13 e n. 14

Attraverso l'item n. 13 (“Quali accorgimenti sono necessari con le persone omosessuali?”) e l'item n. 14 (“Quali accorgimenti sono necessari con le persone transessuali?”) ci si pone l'obiettivo di cogliere i possibili accorgimenti che possono essere adottati sia verso i pazienti

omosessuali che verso i pazienti transessuali. I suddetti item prevedono esclusivamente una risposta aperta da parte dell'operatore sanitario.

Item n. 13

Gli operatori sanitari che hanno fornito la risposta sono stati 918, corrispondente al 76,5% del campione totale. Attraverso l'analisi del contenuto si sono potute ottenere quattro categorie, definite, nell'ordine: "uguaglianza" (716), "tutela del paziente" (123), "atteggiamento difensivo verso gli altri pazienti o verso l'operatore" (42) ed un'ultima categoria classificata "altro" (37).

La prima categoria, definita "uguaglianza", raccoglie la maggior parte delle risposte e mette in evidenza la necessità di trattare tutti i pazienti allo stesso modo, indipendentemente dal colore della pelle e dalla religione professata, oltre che dall'orientamento sessuale. Si sottolinea anche l'importanza degli aspetti relazionali ("rapportarsi con loro normalmente, con naturalezza").

La seconda categoria, definita "tutela del paziente" mette in evidenza vari aspetti tutti volti a garantire la tutela del paziente omosessuale ricoverato; in particolar modo quelli relativi al rispetto delle scelte sessuali e, più in generale, al rispetto della loro condizione, alla tutela della privacy, all'attenzione relativa al modo di operare dell'operatore, - si privilegia il tatto, la sensibilità, la discrezione, la comprensione e la tolleranza -, all'evitare situazioni di disagio o di imbarazzo e, infine, l'attenzione è rivolta ad evitare qualsiasi tipo di pregiudizio o di discriminazione.

La terza categoria definita "atteggiamento difensivo verso gli altri pazienti o verso l'operatore", mette in evidenza sia un atteggiamento di tutela verso i pazienti che sono ricoverati in stanza con persone trans/omosessuali, sia verso l'operatore il quale deve prendere tutte le precauzioni necessarie per evitare un eventuale contagio Hiv ("effettuare un test Hiv", "tutte le precauzioni necessarie").

Nella categoria "altro" sono raccolte quelle risposte che pongono l'accento su altri temi come: "dal tipo di bisogno rilevato", "dare informazioni specifiche sulle misure di prevenzione (igiene)", "fare attenzione alla collocazione" e, infine, alcuni compilatori che dimostrano di non sapere cosa suggerire.

Non mancano commenti a questo item che indicano che vi sia ancora un atteggiamento difensivo, come: "ripararsi con il muro", "spalle al muro", "lager", "nessun alloggio" e, infine, coloro che non colgono il senso della domanda e dicono: "riguardo a cosa", "qualsiasi argomento", "ma quali domande fate?".

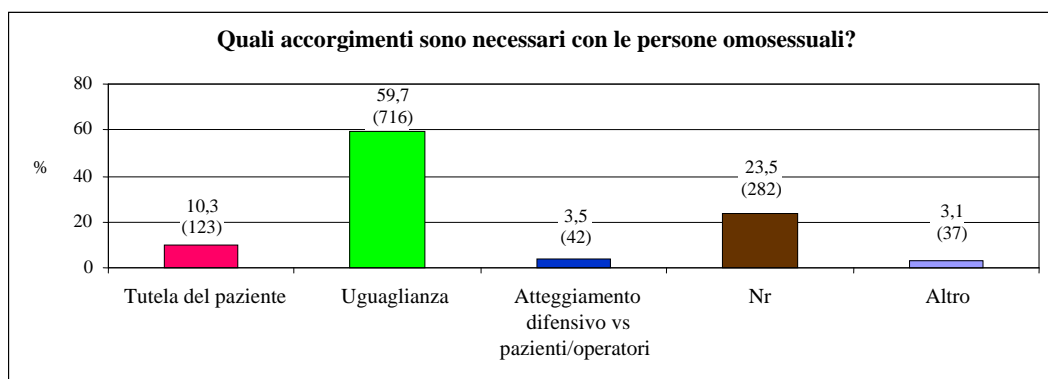


Figura 2.29 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item n. 13.

Item n. 14

Gli operatori sanitari che hanno risposto all'item n. 14 sono stati 893, e corrispondono al 74,4% del campione totale. Come per l'item n. 13, è stata fatta l'analisi del contenuto fino ad ottenere quattro categorie rappresentative, che sono le medesime ottenute all'item precedente, con uguali percentuali.

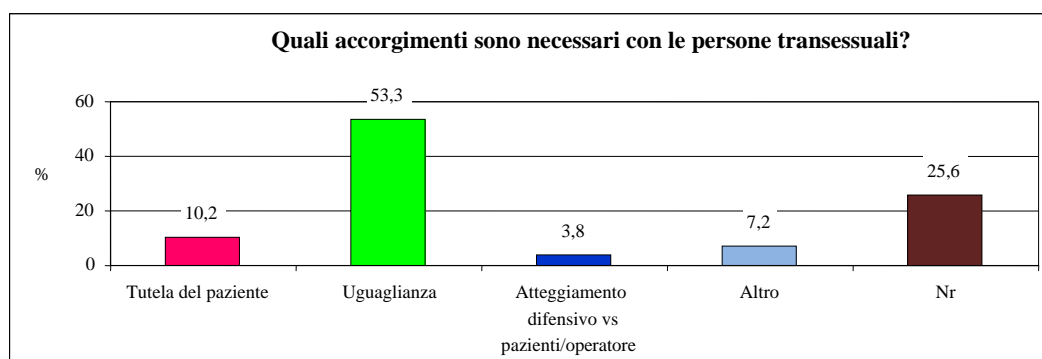


Figura 2.30 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte date all'item n. 14.

Da quest'ultimo risultato si evince che la maggior parte degli operatori sanitari non mette in atto accorgimenti particolari né verso i pazienti omosessuali né verso quelli transessuali, e che privilegiano l'uguaglianza e la tutela del paziente.

Solo all'interno della categoria "altro" si possono osservare altre tipologie di risposte, diverse rispetto a quelle date all'item precedente.

All'interno della categoria "altro" (86) sono state raggruppate alcune risposte difficilmente collocabili fra le categorie già citate. Ne riportiamo alcune: risposte che suggeriscono che occorre valutare caso per caso (ad esempio "dipende dal soggetto", "fare attenzione alla somministrazione di terapie intramuscolari per la presenza di numerose protesi in silicone"), oppure spiegare le regole da tenere, o, ancora, assumere atteggiamenti adeguati ("non mostrare eccessiva confidenza", "vanno trattate come sono registrate all'anagrafe", "indifferenza",...).

Vi sono anche operatori che affermano di non hanno mai assistito persone LGBT, altri che non sanno cosa suggerire (“non so”) ed infine operatori che pongono attenzione alla collocazione delle persone transessuali (38). Come per il precedente item sono stati fatti dei commenti che mostrano, anche in questo caso, un atteggiamento difensivo ed “offensivo” nei confronti delle persone LGBT: le risposte vanno da “circo”, a “nessun alloggiamento”, a “ripararsi con il muro”.

2.3.7 Item n. 15

L’item n. 15 chiedeva di indicare se omosessuali e transessuali sono più suscettibili a malattie ed eventualmente di indicare quali.

Dei 622 operatori che hanno dato una risposta affermativa, l’81% indica anche il tipo di malattia. In particolare, l’89,3% indica le “malattie sessualmente trasmissibili”(epatiti, aids, malattie veneree, malattie infettive, ecc.); l’8,2% fa riferimento a “malattie dovute a scorrette abitudini sessuali”; l’1,5% indica “patologie fisiche conseguenti al cambiamento di sesso” (disturbi dovuti a protesi, operazioni chirurgiche o cure ormonali); infine l’1,1% identifica le “malattie psicologiche o psichiatriche” legate allo stress per il cambiamento di sesso e all’emarginazione sociale.

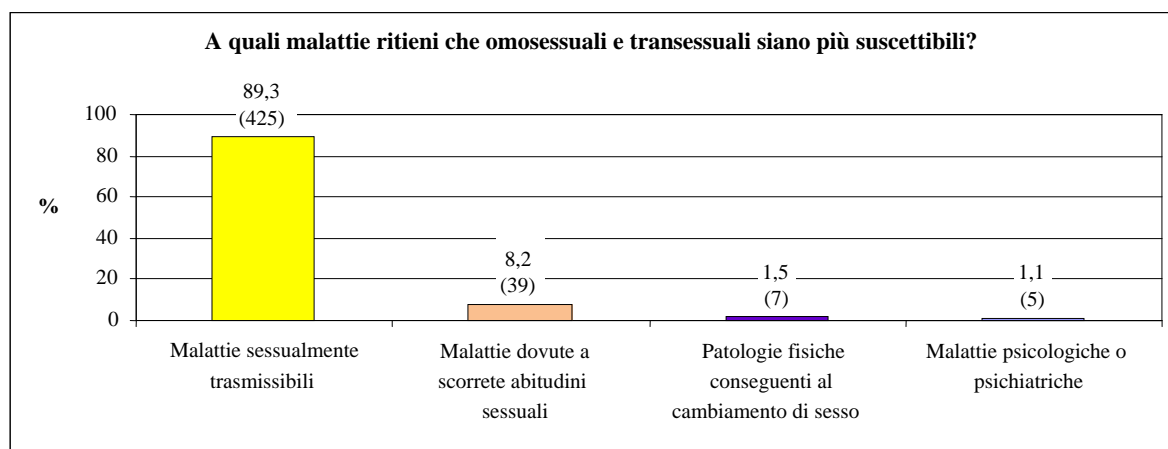


Figura 2.31 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall’analisi qualitativa delle risposte all’item n. 15.

2.3.8 Item n. 16

Alla fine del questionario è stato lasciato uno spazio all’interno del quale il compilatore era libero di scrivere delle opinioni personali, commenti, o ciò che riteneva opportuno (item n. 16).

Solo una piccola minoranza ha risposto all’item, 189 soggetti, che corrisponde al 15,9% del campione. Anche in questo caso è stata fatta l’analisi del contenuto, che se da un lato ha ribadito alcuni concetti già emersi negli item precedenti, dall’altro ha fatto emergere interessanti commenti sull’intero questionario.

Le risposte sono state raccolte in cinque categorie, espresse nell'ordine: “test, questionario inutile/vergognoso, in quanto spreco di soldi e tempo”, oppure “poiché non esiste pregiudizio” (73), “siamo tutti uguali: non devono esserci pregiudizi e discriminazioni e deve esserci rispetto per tutti i pazienti” (55), “le persone LGBT possono essere tali nel rispetto delle leggi e degli altri” (11), “nella società esiste pregiudizio” (13) e, infine, “altro” (37).

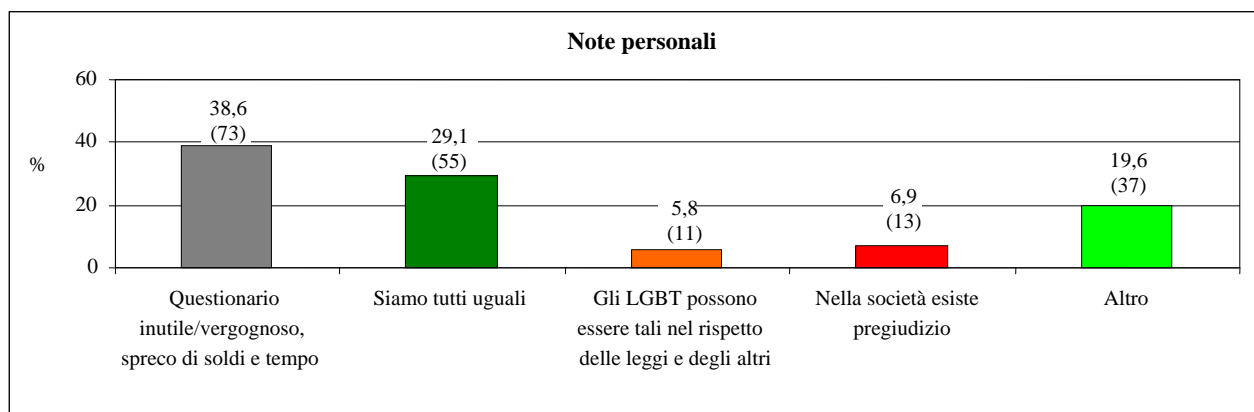


Figura 2.32 - Distribuzione percentuale delle categorie rilevate dall'analisi qualitativa delle risposte all'item n. 16.

Nella **categoria “altro”** gli operatori hanno dato varie risposte, fatto delle considerazioni o dato dei “suggerimenti”, che meritano una riflessione comune.

1. Considerazioni e suggerimenti:

- a) “far compilare dei test di ingresso ai pazienti, con domande inerenti la loro sfera sessuale”;
- b) “le malattie infettive sessualmente trasmesse così come le altre malattie infettive, dovrebbero essere indagate e rivelate in tutti i pazienti che vengono ricoverati in strutture sanitarie a prescindere dai loro comportamenti sessuali”;
- c) “ben venga questo interessamento da parte della Regione. Non dimentichiamoci però altre persone “deboli” (minori, donne maltrattate, disabili) che vivono la loro condizione in maniera più disagiata”;
- d) “un trans deve essere ricoverato tra le persone a cui la natura ha dato uguale sesso o a quello al quale sente di appartenere???”;
- e) “spesso è difficile decidere se ricoverare questi pazienti in reparto uomini o donne poiché sia per i gay, ma più per i trans, c'è imbarazzo ad essere ricoverati in un reparto, considerando il loro sesso biologico”;
- f) “e se si trattasse di un operatore trans-gay e bisex, come reagirebbero i pazienti?”;
- g) “da considerare il fatto che non solo i pazienti sono omosessuali o transessuali ma anche alcuni operatori con cui collaboriamo”...

2. *Risposte che presentano un pregiudizio manifesto:*

- a) “non creano problemi nell’ospedale, ma tenerli per le strade”;
- b) “non sono d’accordo sull’accettazione esasperata della omosessualità che, ritengo, non rientri in una normalità della vita e sia comunque contraria ai dettami religiosi e morali nei quali credo”;
- c) “penso che gli accorgimenti dovrebbero essere più per i transessuali con minimo rispetto della propria scelta”;
- d) “penso che non si debba assolutamente puntualizzare sugli omosessuali se non per i rischi medici”;
- e) “sono soggetti da eliminare perché coinvolgono le persone deboli, richiamano problemi... su strade cattive come la tossicodipendenza”;
- f) “facciamogli un reparto a parte e mettiamoceli dentro”...;

3. *Considerazioni che riguardano il fine e il modo in cui il questionario può essere utilizzato:*

- a) “spero che l’obiettivo sia tolleranza e rispetto”;
- b) “fateci dei corsi ECM”.

4. *Affermazioni che mostrano atteggiamenti di apertura:*

- i. “le persone LGBT sono più sensibili”;
- ii. “quando l’omosessualità sarà superiore al 50% i diversi saremo noi”;
- iii. “essere gay, lesbiche o trans non è una scelta!”.

5. *Altri rendono palese la propria posizione:*

- i. “non condivido il loro sistema di vita ma non interferisco sulle loro scelte personali”;
- ii. “secondo me queste persone devono avere il massimo rispetto per le loro condizioni di scelta, ma trovo assurdo dover ridisegnare tutto il genere umano alle loro condizioni, è una cosa forzata e inumana”;
- iii. “sono eterosessuale, ma non biasimo gli altri per la loro condizione”.

6. *Infine, riportiamo alcune considerazioni-affermazioni che si commentano da sole:*

- “ciao! Te su che sponda sei?”;
- “W i culattoni buchi e che dir si voglia”;
- “W l’essere libero”.

2.4 Incrocio delle variabili anagrafiche e professionali con le risposte agli item

Le risposte, date dal campione a tutti gli item del questionario, sono state messe in relazione con le caratteristiche anagrafiche e professionali (età, genere, qualifica, area e ASL di appartenenza) e verranno pertanto descritte le differenze maggiormente interessanti.

2.4.1 Fasce di età

Il confronto fra l'età del compilatore e le risposte agli item del questionario, ha messo in evidenza alcune differenze riguardanti: a) l'opportunità di chiedere al paziente il suo orientamento sessuale (item 3); b) la possibilità dei pazienti LGBT di rivelare il proprio orientamento sessuale al personale sanitario (item 4); c) la corretta definizione dei termini omosessuale (item 5) e transessuale (item 6); e, infine, l'attribuzione di una maggiore suscettibilità a malattie delle persone omosessuali e transessuali (item 15).

Osservando la figura 3.1 emerge che quasi la totalità del campione, distribuito nelle diverse fasce di età, non ritiene opportuno chiedere al paziente il suo orientamento sessuale; la percentuale più alta di coloro che ritengono utile questa pratica è stata indicata dagli operatori che hanno più di 50 anni (7,3%).

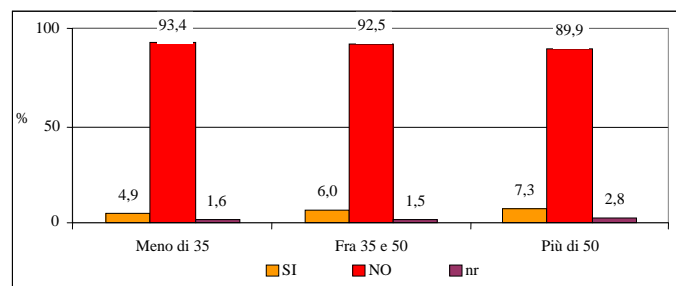


Figura 3.1 – “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”; Fasce di età del compilatore.

All'item 4, la maggior parte del campione (figura 3.2), distribuito per fasce di età, riferisce di non aver mai avuto pazienti che hanno dichiarato di essere LGBT. Tra coloro che riferiscono di aver ricevuto dichiarazioni di coming out dai pazienti, sono gli operatori sanitari che hanno più di 50 anni di età (31,2%). Concludendo, si può notare che la percentuale di LGBT che dichiara il proprio orientamento sessuale non supera il 31,2% e gli operatori che in percentuale maggiore riferiscono di aver ricevuto tale informazione appartengono alla fascia di età più di 50 anni.

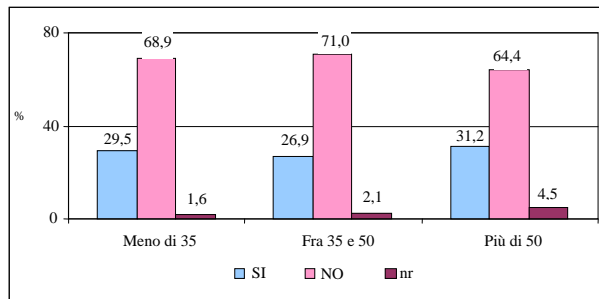


Figura 3.2 – “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”; Fasce di età del compilatore.

Alla richiesta di indicare la corretta definizione della parola omosessualità (item 5), più della metà del campione individua la risposta corretta. Tale risultato si ripete anche quanto osserviamo la distribuzione delle risposte per fasce di età del compilatore (figura 3.3).

Nella distribuzione delle risposte all’item 5, è possibile individuare un duplice andamento: nel primo notiamo che con l’aumentare dell’età diminuisce la percentuale di risposte esatte (dal 56,8%, ottenuto da coloro che hanno meno di 35 anni, al 55,3%, ottenuto da coloro che hanno un’età compresa fra i 35 e i 50 anni, per arrivare al 51,8% di coloro che hanno più di 50 anni); e nel secondo, all’aumentare dell’età aumenta la percentuale degli operatori che danno una definizione personale (la percentuale va dallo 0,5% di coloro che hanno meno di 35 anni, al 2,8% di coloro che hanno fra i 35 e i 50 anni, fino al 3,6% di coloro che hanno più di 50 anni).

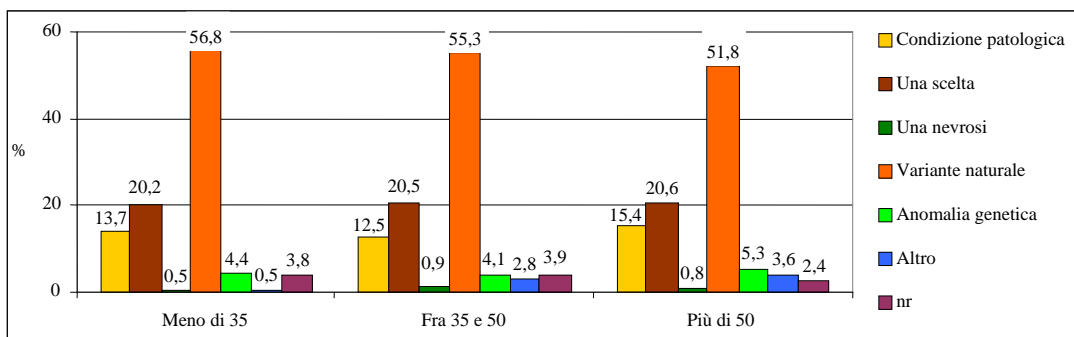


Figura 3.3 – “L’omosessualità è..?”; fasce di età del compilatore.

Inoltre, sempre osservando la figura 3.3, si nota come le percentuali più elevate alle opzioni di risposta “Condizione patologica” e “Anomalia genetica” sono state raggiunte da coloro che hanno più di 50 anni, rispettivamente: il 15,4% alla prima opzione e il 5,3% all’opzione “Anomalia genetica”.

Per quanto riguarda la definizione di transessuale (item 6), la distribuzione percentuale nelle diverse fasce di età (figura 3.4) mostra due andamenti differenti rispetto alle risposte all’item 5:

a) all'aumentare dell'età aumenta la scelta della definizione corretta del termine: *“Persona caratterizzata da persistente identificazione col sesso opposto e disagio”*. In particolare, gli operatori sanitari che hanno meno di 35 anni raggiungono il 44,8% delle risposte corrette, gli operatori sanitari che hanno un'età compresa fra i 35 e i 50 anni raggiungono il 52,3% di risposte corrette e, infine, coloro che hanno Più di 50 anni raggiungono un valore percentuale ancora più elevato di risposte corrette, il 55,1%;

b) gli operatori più giovani (coloro che hanno meno di 35 anni) scelgono in prevalenza la risposta accettabile: *“Persona che desidera adeguare il sesso anatomico a quello psicologico”* (45,9%); tale valore diminuisce nelle risposte date dagli operatori sanitari che hanno fra i 35 e i 50 anni (37,0%) e, infine, si hanno valori percentuali più bassi da parte del personale sanitario con un'età superiore ai 50 anni (31,2%).

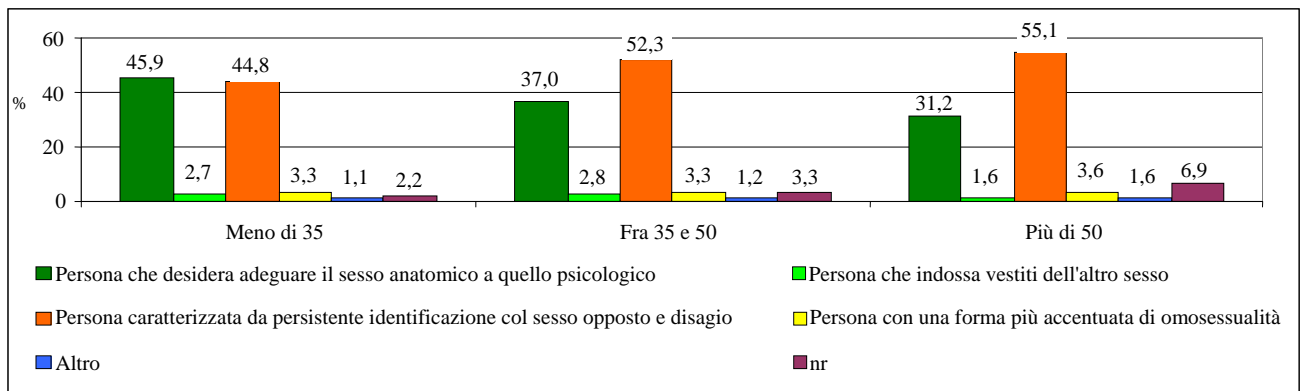


Figura 3.4 – **“Definizione di transessuale..”**; Fasce di età del compilatore.

Nel rispondere all'item 15 del questionario, *“Ritieni che omosessuali e transessuali siano più suscettibili a malattie?”*, gli operatori sanitari appartenenti alle varie fasce di età hanno risposto affermativamente; inoltre con l'aumentare dell'età cresce anche la percentuale degli operatori che ritengono le persone omosessuali e transessuali maggiormente suscettibili a malattie.

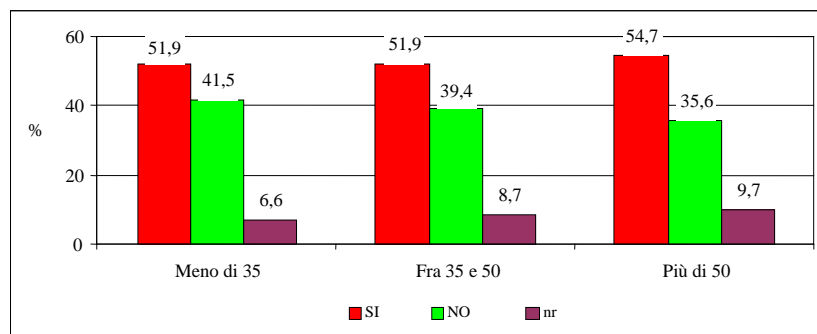


Figura 3.5 – **“Ritieni che omosessuali e transessuali siano più suscettibili a malattie?”**; Fasce di età del compilatore.

2.4.2 Genere

Poiché la maggior parte del campione riferisce di non considerare se fra i propri pazienti ci siano persone LGBT e di non ritenere opportuno chiedere ai pazienti il loro orientamento sessuale, ci è sembrato opportuno verificare se ci fossero delle differenze in relazione al genere dell'operatore sanitario.

Infatti, per quanto riguarda il genere del compilatore, le risposte date agli item del questionario presentano differenze, sia circa l'opportunità di considerare che fra i pazienti ci siano persone LGBT (item 2), sia sulla opportunità di chiedere l'orientamento sessuale del paziente (item 3) sia ancora se devono essere i pazienti stessi a dichiarare il proprio orientamento sessuale (item 4), sia, infine, sulla necessità di informare i colleghi circa l'orientamento sessuale del paziente (item 12).

Dalla figura 3.6, che mostra la distribuzione delle risposte per genere del compilatore, si osserva che i maschi (47,6%), al contrario delle femmine (39,2%), riferiscono di considerarlo maggiormente.

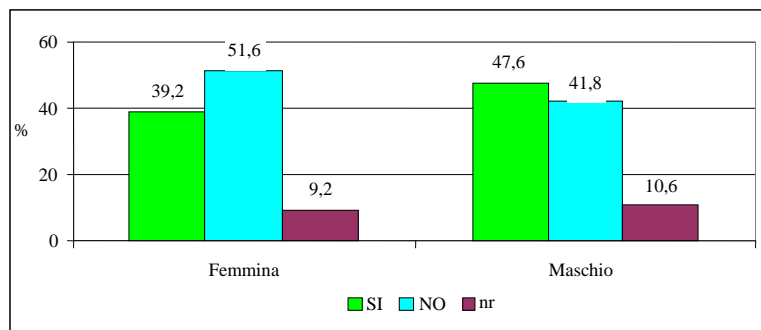


Figura 3.6 – “Hai mai considerato che fra i tuoi assistiti ci siano gay, lesbiche, bisessuali o transessuali?”; Genere del compilatore.

La figura 3.7, che mostra la distribuzione delle risposte alla domanda “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”, mette in evidenza un’alta percentuale di risposte da parte di entrambi i generi sul non ritenere opportuno chiedere tale informazione al paziente: tuttavia, analizzando le percentuali fornite alle risposte positive possiamo osservare che gli operatori maschi riferiscono di chiedere l’orientamento sessuale ai propri pazienti in misura maggiore rispetto alle femmine (10% versus 4,7%).

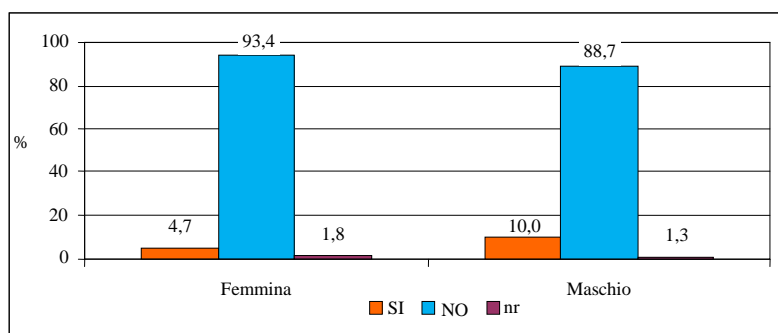


Figura 3.7 – “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”; Genere del compilatore.

In accordo con il dato appena riportato, dalla figura 3.8, che illustra la distribuzione percentuale delle risposte alla domanda: i “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”, emerge che, sebbene in entrambi i generi le percentuali maggiori siano attribuite alle risposte negative, coloro che riferiscono di ricevere più spesso rivelazioni di omosessualità o transessualità da parte dei pazienti, sono gli operatori maschi (38,3%), rispetto agli operatori di genere femminile (24,9%).

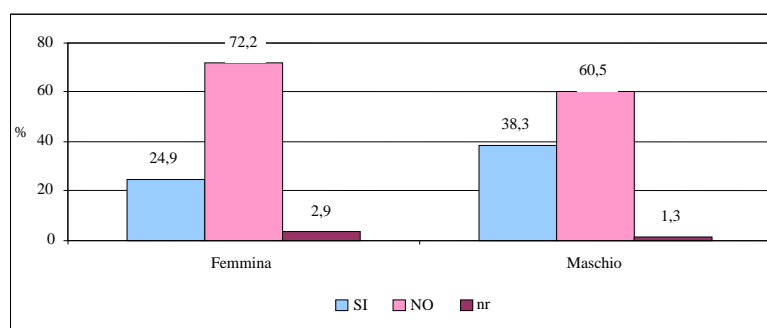


Figura 3.8 – “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”; Genere del compilatore.

La figura 3.9 mette in evidenza le differenze di genere relativamente all’item 12: sebbene entrambi i generi attribuiscono percentuali più elevate alla risposta negativa, si nota una percentuale più alta da parte del personale sanitario femminile che concorda nell’informare i colleghi circa l’orientamento sessuale dei pazienti ricoverati nel loro reparto.

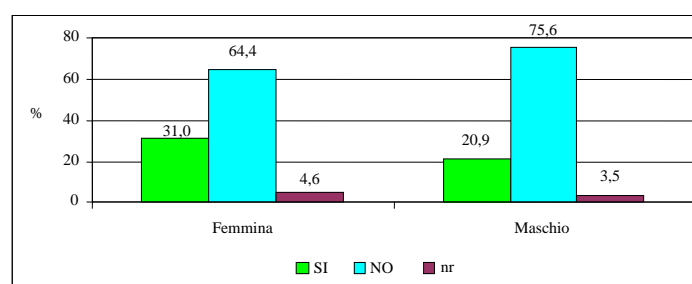


Figura 3.9 – “Ritieni opportuno informare i tuoi colleghi dell’orientamento sessuale dei pazienti ricoverati nel tuo reparto?”; Genere del compilatore.

2.4.3 Qualifica

L'analisi delle risposte date dal campione in relazione alla qualifica, mostrano delle differenze rispetto a quelle attribuite dal totale dei compilatori; in particolare, in merito ad alcune domande che indagavano circa: a) l'opportunità di considerare fra i propri pazienti persone LGBT (item 2); b) l'opportunità di chiedere l'orientamento sessuale del proprio assistito (item 3); c) l'opportunità che i propri pazienti dichiarino spontaneamente il proprio orientamento sessuale (item 4); d) la definizione di omosessualità (item 5); e) il possibile disagio di un paziente ricoverato nella stessa stanza con una persona transessuale o omosessuale (item 8). Inoltre, sono emerse differenze anche sul possibile disagio provato: a) nel dover assistere una persona omosessuale (item 11); b) sulla possibilità di informare i colleghi circa l'orientamento sessuale del paziente ricoverato nello stesso reparto (item 12); e, infine, c) sulla possibilità che le persone LGBT siano maggiormente suscettibili a contrarre malattie (item 15).

Osservando la figura 3.10, che mostra la distribuzione delle risposte fornite all'item 2 (*“Hai mai considerato che fra i tuoi assistiti ci siano gay, lesbiche, bisessuali o transessuali?”*), dagli operatori appartenenti alle diverse qualifiche, si evidenzia che sono i Medici (50,2%) e il personale amministrativo (50,0%) a considerare che fra i propri assistiti ci siano persone LGBT.

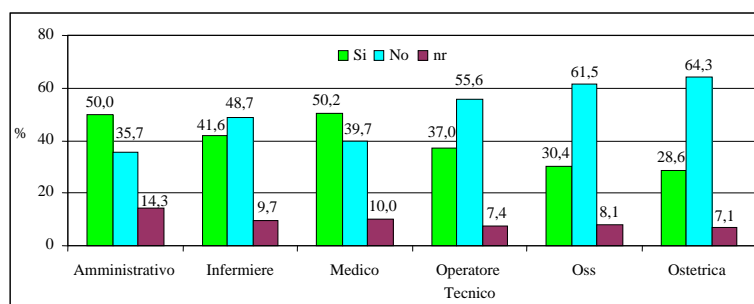


Figura 3.10 – **“Hai mai considerato che fra i tuoi assistiti ci siano gay, lesbiche, bisessuali o transessuali?”**; Qualifica del compilatore.

Nella figura 3.11, che mostra la distribuzione in relazione alla qualifica di chi ha risposto in merito alla opportunità di chiedere l'orientamento sessuale del paziente, si osserva che tale opportunità non viene contemplata da nessuna qualifica infatti si evidenziano valori molto alti alla risposta negativa, come è emerso dall'analisi condotta sul campione totale. Osservando le risposte di coloro che ritengono opportuno chiedere l'orientamento sessuale al paziente si può notare che i Medici raggiungono una percentuale maggiore (18,5%), segue il 7,1% fornito delle Ostetriche.

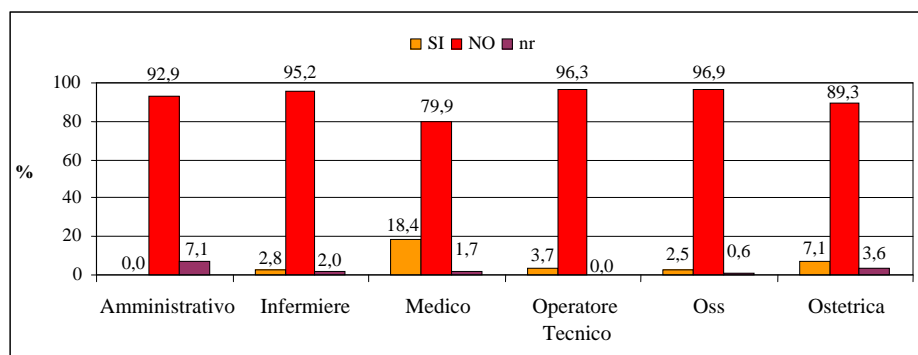


Figura 3.11 – “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”; Qualifica del compilatore.

Dalla figura 3.12, che mostra la distribuzione percentuale tra la qualifica del compilatore e l’item 4: i “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”, si osserva che i pazienti LGBT tendono a non rivelare il proprio orientamento sessuale a nessun operatore sanitario; tuttavia i Medici sono quelli che ottengono la percentuale di risposta affermativa più elevata (45,2%).

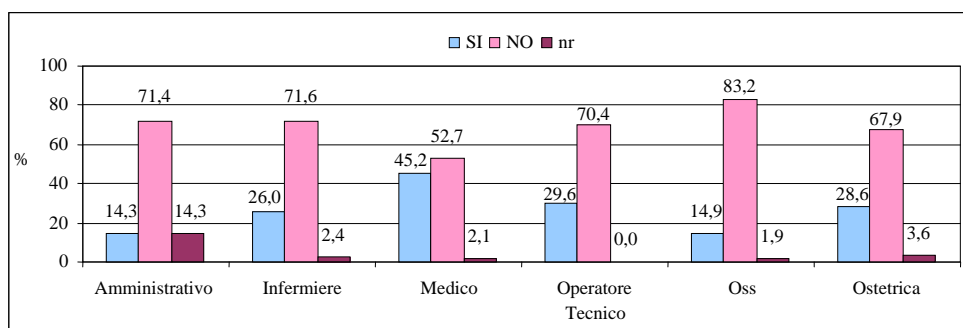


Figura 3.12 – “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”; Qualifica del compilatore.

Per quanto riguarda la definizione di omosessualità, la distribuzione percentuale delle risposte corrette è di circa il 50% per ogni categoria di operatori. In particolare è interessante notare che le Ostetriche assegnano la stessa percentuale sia alla risposta corretta - “Una variante naturale della sessualità umana” -, che alla risposta “Una scelta della persona”, mentre il personale amministrativo assegna la medesima percentuale alla risposta corretta e alla risposta “Condizione patologica”.

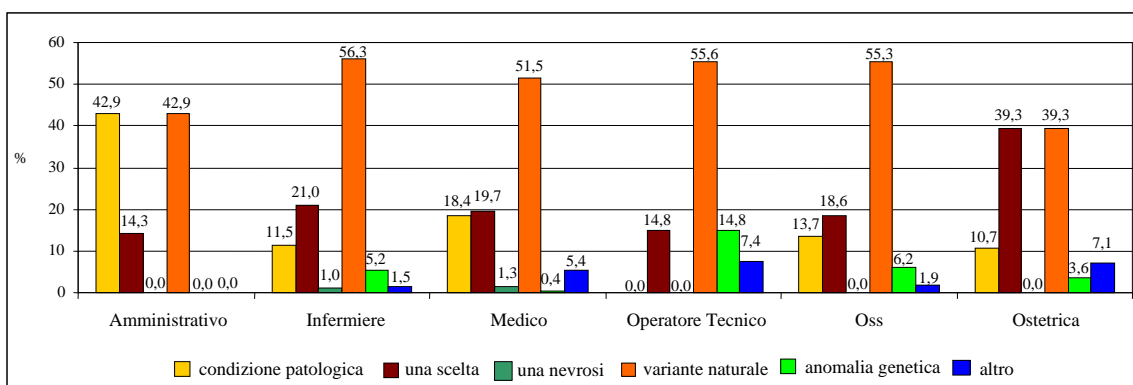


Figura 3.13 – “L’omosessualità è..?” ; Qualifica del compilatore.

Dalla figura 3.14, che mostra la distribuzione delle risposte all’item 8 in merito al possibile disagio provato o da un paziente ricoverato nella stessa stanza con una transessuale o con un transessuale, in relazione alla qualifica dell’operatore, si evidenzia che la quasi totalità degli operatori attribuisce al paziente di provare disagio, in particolar modo ciò viene espresso dai Medici e dagli Infermieri.

Inoltre si può osservare che solo gli operatori tecnici riferiscono che il paziente non prova disagio se è ricoverato nella stessa stanza con una persona transessuale.

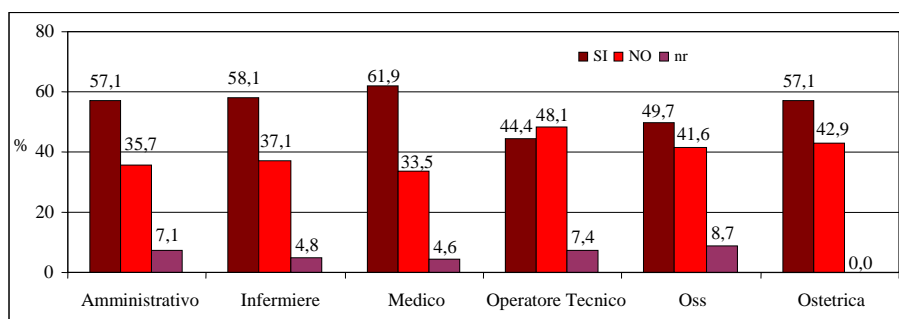


Figura 3.14 – “Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche una transessuale o un transessuale?”; Qualifica del compilatore.

La figura 3.15, che mostra la distribuzione delle risposte fornite dagli operatori sanitari in merito all’item 11: “Ti crea disagio dover assistere una persona omosessuale”, mette in evidenza come tutti gli operatori, senza distinzione di qualifica, riferiscono di non provare disagio nell’assistere persone omosessuali.

Fra coloro che rispondono positivamente all’item 11, sono gli operatori appartenenti al ruolo delle Ostetriche a palesare maggiori difficoltà ad interagire con pazienti LGBT (14,3%).

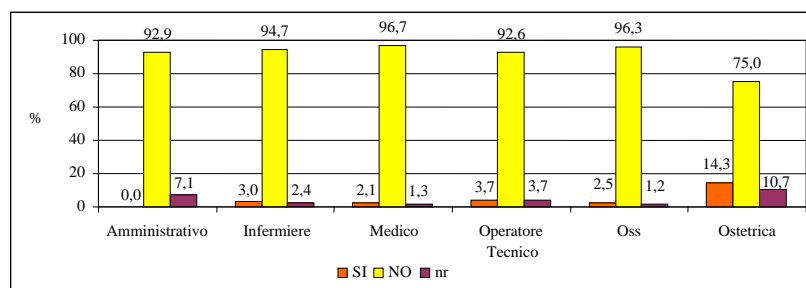


Figura 3.15 – “Ti crea disagio dover assistere una persona omosessuale?”; Qualifica del compilatore.

Analizzando la distribuzione delle risposte fornite all’item 12 in merito alla possibilità di informare i colleghi circa l’orientamento sessuale dei pazienti ricoverati e la qualifica dell’operatore (figura 3.16), si nota come il passaggio, fra colleghi, di queste informazioni riguardanti i propri pazienti sia opportuna tra tutte le categorie di sanitari con la prevalenza fra coloro che svolgono funzioni assistenziali.

È possibile notare dalla figura 3.16 che sono le Ostetriche (35,7%), gli Oss (35,4%) e gli Infermieri (29,8%) a dare percentuali maggiori di risposte affermative: tali categorie di operatori tendono ad informare di più i colleghi circa l’orientamento sessuale del paziente.

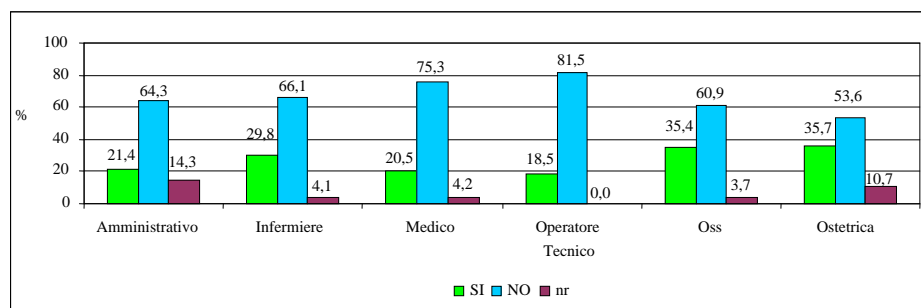


Figura 3.16 – “Ritieni opportuno informare i tuoi colleghi dell’orientamento sessuale dei pazienti ricoverati nel tuo reparto?”; Qualifica del compilatore.

Concludendo, se in relazione alla qualifica le risposte fornite dal campione ad ogni item, tendono a confermare quasi tutti i risultati ottenuti dal campione, analizzando la distribuzione delle risposte ottenute all’item 15, che chiede di indicare se le persone LGBT sono più suscettibili a malattie, si osservano alcune differenze: (figura 3.18), in particolare le Ostetriche (42,9%), al contrario dei Medici (60,1%), affermano che omosessuali e transessuali non sono più suscettibili a malattie rispetto ad altri gruppi a rischio.

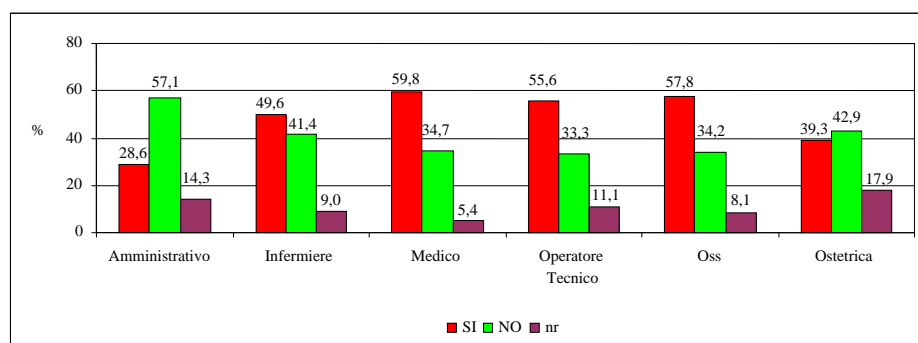


Figura 3.17 – “Ritieni che omosessuali e transessuali siano più suscettibili a malattie?”; Qualifica del compilatore.

2.4.4 Area di appartenenza

La relazione fra l’area di appartenenza degli operatori sanitari (chirurgica, diagnostica, materno infantile, emergenza, medica) e le domande del questionario, hanno messo in evidenza importanti differenze circa: a) la possibilità di avere fra i propri pazienti persone LGBT (item 2); b) la possibilità di chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale (item 3); c) la dichiarazione dei pazienti circa il proprio orientamento sessuale (item 4); d) la definizione di transessuale (item 6); e) la possibilità che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverata una persona omosessuale (item 7).

Analizzando le risposte fornite all’item 2 in relazione alle diverse aree di appartenenza degli operatori, si può osservare (figura 3.19) che solo nell’area dell’Emergenza vi sono operatori sanitari che dicono di considerare l’opportunità di avere fra i propri pazienti persone LGBT. Nelle altre aree si osserva una prevalenza di risposte negative.

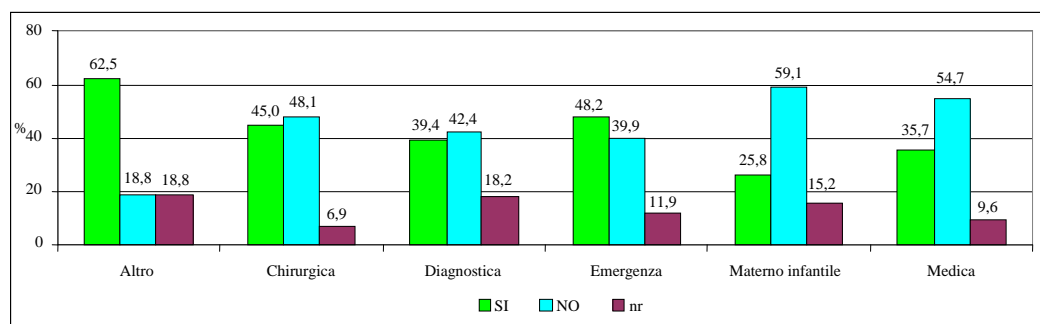


Figura 3.19 – “Hai mai considerato che fra i tuoi assistiti ci siano gay, lesbiche, bisessuali o transessuali?”; Area di appartenenza del compilatore.

Osservando la figura 3.20, che mostra la distribuzione percentuale delle risposte fornite all’item 3 in merito alla opportunità di chiedere al proprio paziente l’orientamento sessuale, in

relazione all'area di appartenenza dell'operatore sanitario, osserviamo che le risposte prevalenti sono quelle di coloro che non lo ritengono opportuno.

Le percentuali più alte di risposte fornite da coloro che ritengono opportuno chiedere informazioni sull'orientamento sessuale dei pazienti appartengono all'area Medica (8%) ed a quella dell'Emergenza (7,3%).

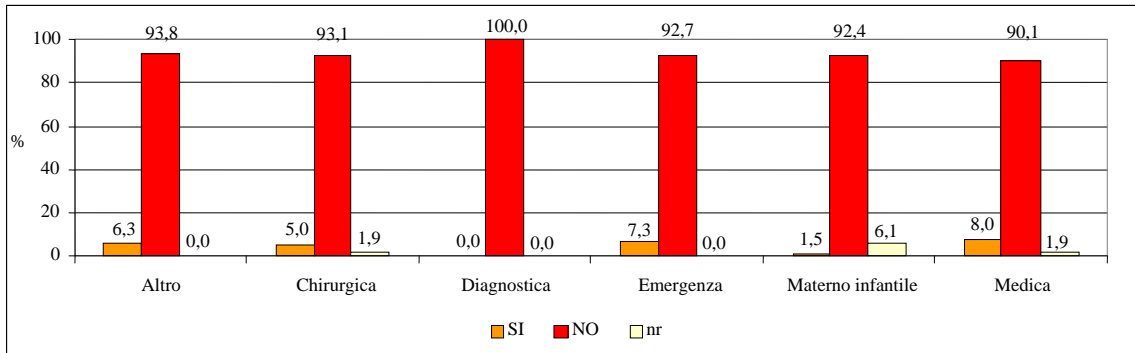


Figura 3.20 – “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”; Area di appartenenza del compilatore.

Osservando la figura 3.21, che mostra la distribuzione delle percentuali fornite dagli operatori nelle diverse aree di appartenenza con l'item 4, si notano in tutte le categorie alte percentuali di risposta negativa. Tuttavia, osservando anche i valori positivi si può notare come gli operatori dell'area Emergenza (40,8%) e dell'area Chirurgica (30,1%) riferiscano di aver avuto pazienti che hanno rivelato il proprio orientamento sessuale.

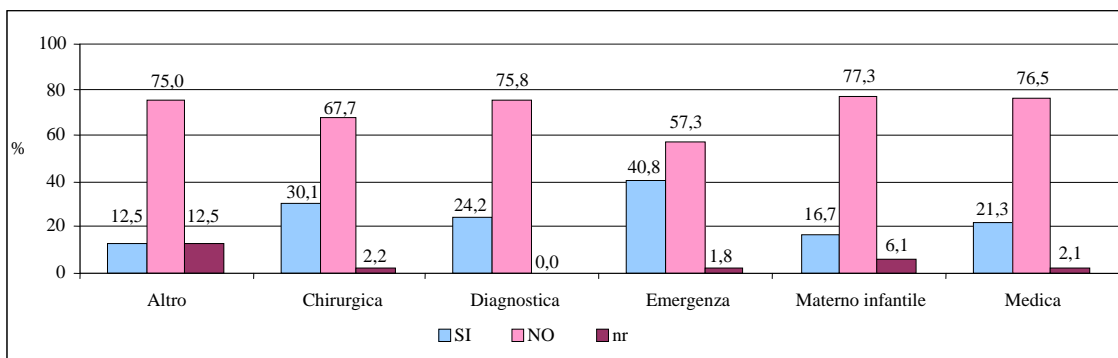


Figura 3.21 – “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”; Area di appartenenza del compilatore.

La figura 3.22, relativa alla distribuzione delle percentuali di risposte ottenute all'item 6 in relazione all'area di appartenenza, mostra che circa il 50% degli operatori di ogni area risponde correttamente. Differisce da queste l'area dell'Emergenza, i cui operatori assegnano una percentuale maggiore (45,9%) all'opzione che aveva come risposta “Persona che desidera adeguare il sesso anatomico a quello psicologico”.

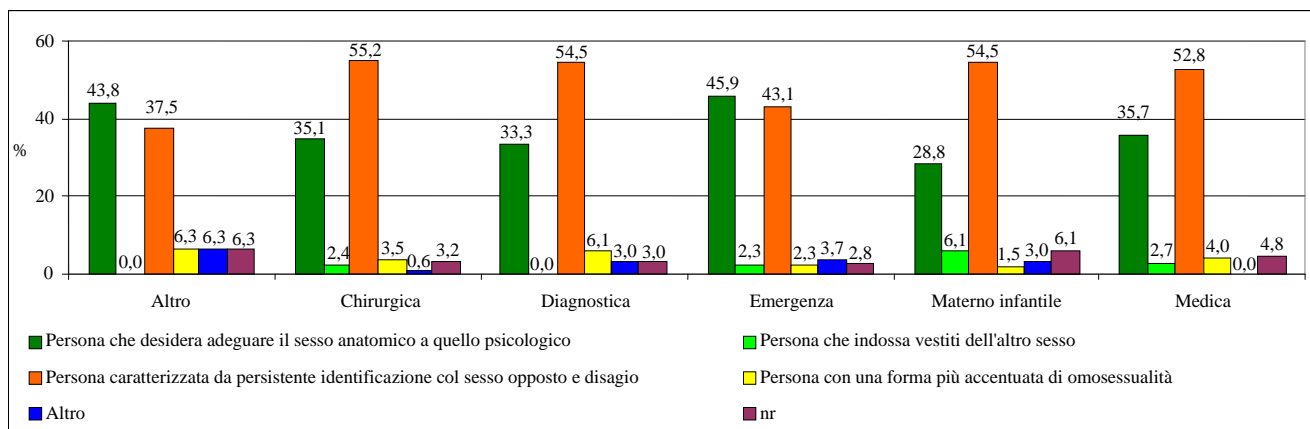


Figura 3.22 – “Definizione di transessuale..”; Area di appartenenza del compilatore.

Anche nelle risposte fornite all’item 7, che indaga sul possibile disagio del paziente verso persone lesbica e gay ricoverate nella stessa stanza, l’area dell’Emergenza differisce dalle altre: infatti se osserviamo la figura 3.23 notiamo che in tutte le categorie sono maggiori le percentuali assegnate alla risposta negativa, viene quindi escluso un possibile disagio del paziente, mentre secondo gli operatori che appartengono all’area dell’Emergenza, tali pazienti proverebbero disagio (50%). Questo risultato non si ripete per l’item 8 dove il disagio del paziente deriverebbe dall’essere ricoverato in stanza con una persona transessuale.

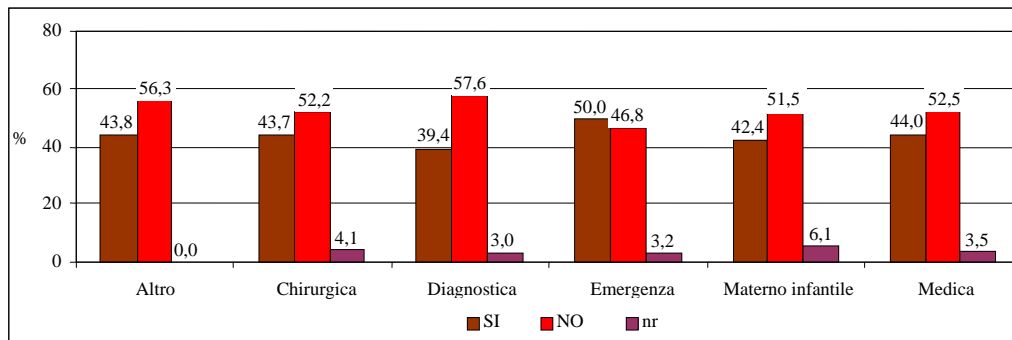


Figura 3.23 – “Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche un gay o una lesbica?”; Area di appartenenza del compilatore.

2.4.5 Azienda di appartenenza

Analogamente a quanto fatto per le caratteristiche anagrafiche e professionali del campione (età, genere, qualifica, area di appartenenza), si è ritenuto opportuno verificare possibili relazioni fra le risposte agli item del questionario e l’ASL di appartenenza.

Le analisi compiute hanno evidenziato delle differenze nelle risposte a diversi item, in particolare circa: a) la possibilità di avere fra i propri pazienti persone LGBT (item 2); b) la possibilità di chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale (item 3); c) la dichiarazione dei pazienti circa il proprio orientamento sessuale (item 4); la definizione di omosessuale (item 5); d)

la possibilità che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella stessa stanza è ricoverata una persona omosessuale (item 7), e) o una persona transessuale (item 8).

Analizzando la distribuzione ottenuta fra l'item 2, che chiede all'operatore se ha mai considerato di avere fra i suoi pazienti persone LGBT, con l'Azienda Sanitaria di appartenenza di ciascun operatore (figura 3.24) si ottengono due gruppi: a) coloro che considerano la presenza di persone LGBT fra i propri pazienti (AOUP, ASL 12 della Versilia Azienda USL 1 di Massa Carrara) e coloro che non lo considerano (Azienda USL 2 di Lucca, Azienda USL 5 di Pisa e Azienda USL 6 di Livorno).

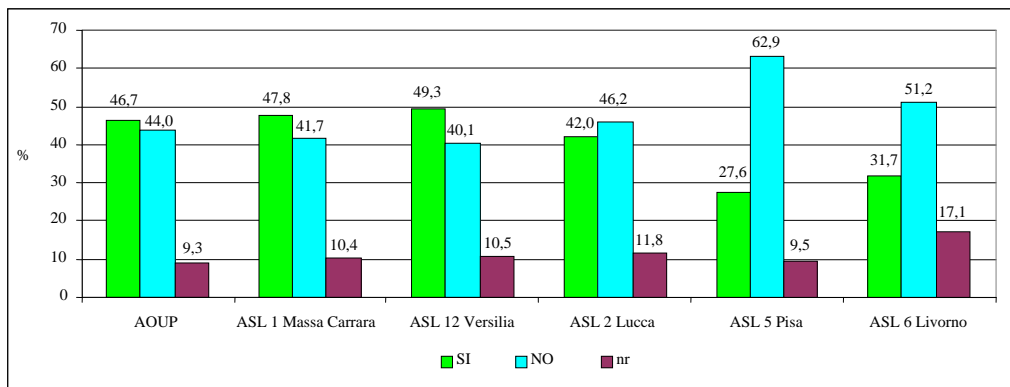


Figura 3.24 – “Hai mai considerato che fra i tuoi assistiti ci siano gay, lesbiche, bisessuali o transessuali?”; ASL di appartenenza raccogliendo i “Sì” e i “No”.

Osservando la figura 3.25, che mostra la distribuzione delle risposte date all'item 3 relativo alla possibilità di chiedere ad un paziente il proprio orientamento sessuale, si osserva che la maggior parte degli operatori delle diverse aziende sanitarie riferisce di non aver mai ritenuto opportuno chiedere l'orientamento sessuale del paziente. Considerando le risposte affermative gli operatori che hanno dato percentuali più elevate sono stati quelli appartenenti dell'Azienda Usl 12 della Versilia (13,2%), seguita da quelli dell'AOUP (7,1%) e dell'Azienda Usl 1 di Massa Carrara (7%).

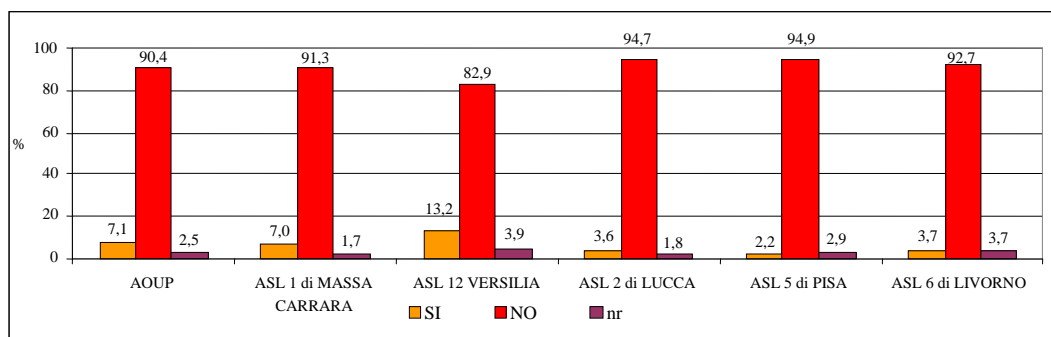


Figura 3.25 – “Hai mai ritenuto opportuno chiedere ad un paziente il suo orientamento sessuale?”; ASL di provenienza del compilatore.

Osservando la figura 3.26, che mostra la distribuzione delle risposte fornite all'item 4: “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale” in

relazione all’Azienda sanitaria di appartenenza degli operatori, si nota una percentuale maggiore di risposte negative, in particolare riferita dagli operatori dell’Azienda Usl 5 di Pisa (82,9%). Mentre coloro che riferiscono in maggior percentuale di aver avuto pazienti che hanno dichiarato di essere LGBT appartengono all’Azienda Usl 12 Versilia (42,8%), e all’Azienda Usl 1 di Massa Carrara (32,2%).

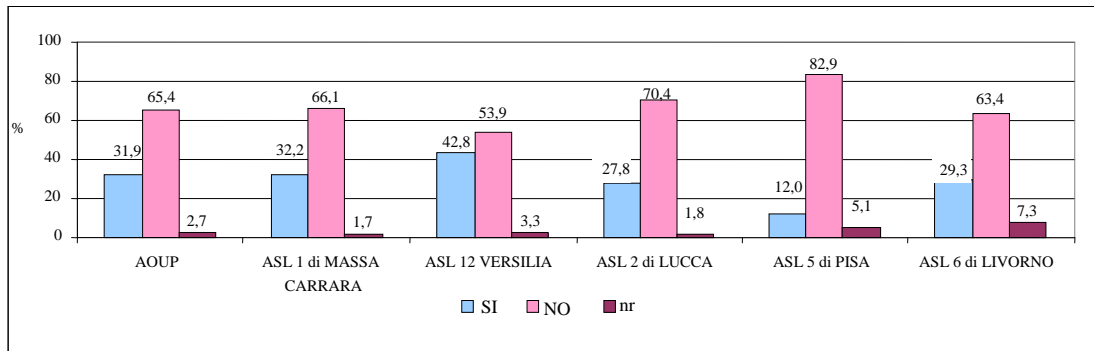


Figura 3.26 – “Pazienti da te assistiti ti hanno dichiarato di essere gay, lesbica, bisessuale o transessuale?”; ASL di provenienza del compilatore.

Osservando la figura 3.27, che mostra la distribuzione delle risposte all’item 5 relativo alla definizione di omosessuale in relazione alle differenti aziende sanitarie coinvolte nella ricerca, si nota che circa la metà degli operatori di ogni azienda sanitaria individua la risposta corretta (“Variante naturale della sessualità umana”). Tuttavia, si possono osservare delle differenze nella distribuzione delle risposte date dagli operatori delle singole Aziende: gli operatori appartenenti all’Azienda Usl 5 di Pisa raggiungono valori percentuali maggiori di risposte corrette (57,1%) e valori percentuali più bassi alla risposta “Scelta della persona” (16%).

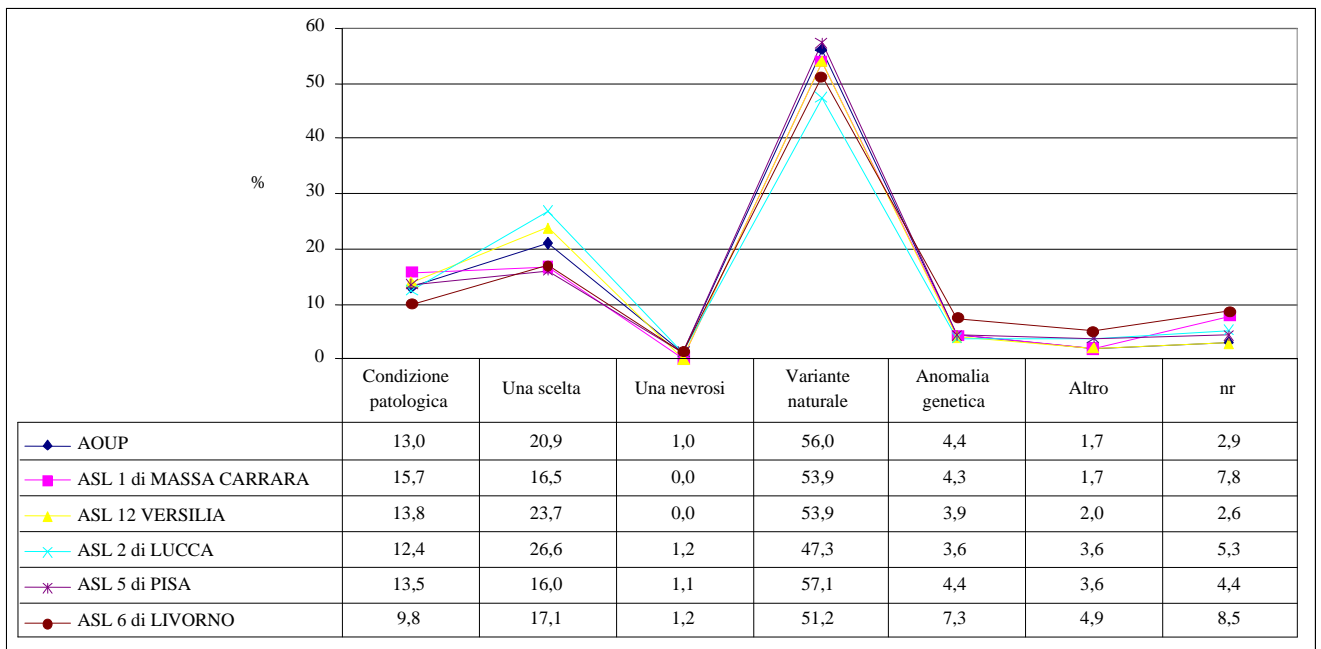


Figura 3.27 – “L’omosessualità è..?”; ASL di provenienza del compilatore.

Osservando la figura 3.28, che mostra la distribuzione delle risposte all'item 7, nelle diverse Aziende Sanitarie coinvolte nella ricerca, in merito alla possibilità di esprimere la propria opinione circa un possibile disagio del paziente ricoverato in stanza con persone gay o lesbiche, si nota che gli operatori delle diverse aziende rispondono negativamente, eccetto quelli appartenenti all'Azienda USL 12 della Versilia, che assegnano valori percentuali maggiori alla risposta affermativa (52%).

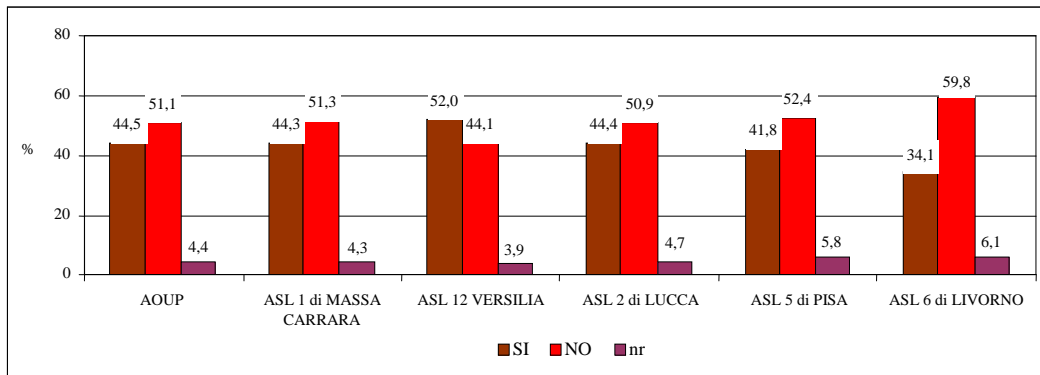


Figura 3.28 – “Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche un gay o una lesbica?”; ASL di provenienza del compilatore.

Osservando la figura 3.29, che mostra la distribuzione delle risposte fornite all'item 8, dove si chiede di esprimersi circa un possibile disagio del paziente ricoverato in stanza con un transessuale o una transessuale, si nota una percentuale elevata di risposte affermative in quasi tutte le diverse realtà sanitarie. Infatti, solo nelle risposte degli operatori appartenenti all'Azienda USL 6 di Livorno, si riscontra un andamento differente: prevalgono le risposte che smentiscono un possibile disagio (46,3%).

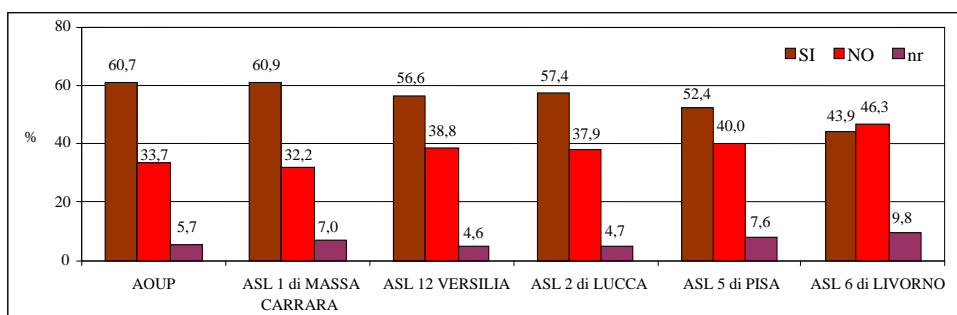


Figura 3.29 – “Pensi che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche una transessuale o un transessuale?”; ASL di provenienza del compilatore.

Osservando la figura 3.30, che mostra la distribuzione delle risposte all'item 11 in merito alla possibilità di esprimersi circa un possibile disagio provocato dal dover assistere una persona omosessuale, in relazione all'Azienda Sanitaria di appartenenza, si rilevano alte percentuali di risposte negative.

Fra coloro che rispondono positivamente la percentuale più elevata di risposte (7,9%) si riscontra negli operatori dell'Azienda Usl 12 della Versilia.

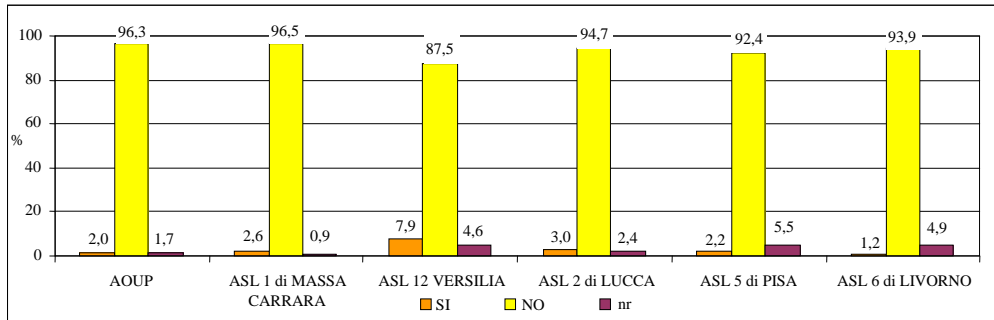


Figura 3.30 – “Ti crea disagio dover assistere una persona omosessuale?”; ASL di provenienza del compilatore.

Osservando la figura 3.31, che mostra la distribuzione delle risposte date all'item 15, in relazione all'appartenenza degli operatori alle diverse Aziende Sanitarie, in merito alla possibilità di esprimere il proprio giudizio sulla possibile maggiore suscettibilità delle persone LGBT a contrarre malattie a trasmissione sessuale, si possono notare percentuali elevate alle risposte affermative in quasi tutte le realtà sanitarie.

Differiscono da questo “quadro” le risposte degli operatori appartenenti all'Azienda USL 6 di Livorno e all'Azienda USL 5 di Pisa che ottengono percentuali maggiori alla risposta negativa: la prima con una percentuale più elevata (52,4%) rispetto alla seconda (45,5%).

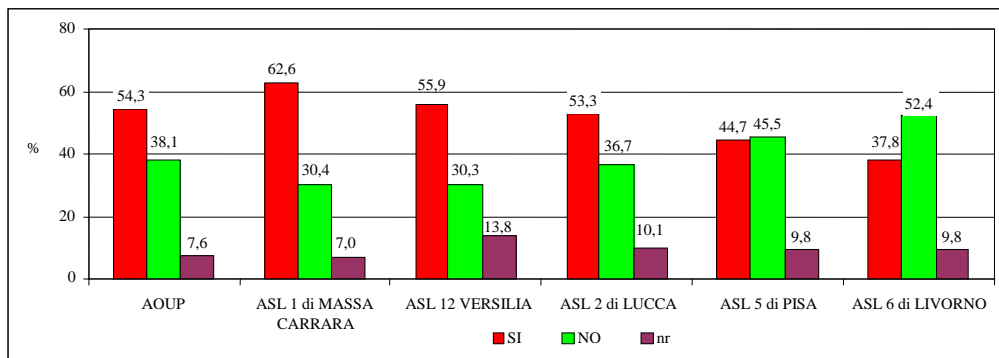


Figura 3.31 – “Ritieni che omosessuali e transessuali siano più suscettibili a malattie?”; ASL di provenienza del compilatore.

DISCUSSIONE

Dall'analisi della grande quantità di dati raccolti in ambito medico-ospedaliero, sugli atteggiamenti ed i comportamenti degli operatori sanitari verso la popolazione LGBT, emerge che la presente ricerca - nata all'interno degli interventi che la Regione Toscana ha definito per realizzare gli obiettivi della Delibera n° 285 -, assume particolare importanza, in quanto, sulla base di tali informazioni, la Regione Toscana potrà progettare percorsi sempre più mirati di sensibilizzazione e formazione concernenti le tematiche dell'orientamento sessuale, da proporre agli operatori che lavorano nel settore della cura e della promozione della salute, allo scopo di prevenire situazioni di discriminazione.

Il primo dato rilevante è la consistenza numerica del campione, composto da circa 1.200 operatori sanitari, appartenenti agli Ospedali delle cinque Aziende USL dell'Area Vasta Nord-Ovest ed all'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Con il questionario sono state, infatti, raccolte numerose informazioni su molteplici aspetti riguardanti l'esperienza lavorativa degli operatori sanitari, le loro conoscenze e il loro punto di vista sulle problematiche connesse all'orientamento sessuale, all'identità di genere e alla discriminazione dei pazienti LGBT.

In particolare, per quanto concerne le conoscenze sull'argomento, l'analisi descrittiva ha rivelato che il 53,9% del campione conosce l'esatta definizione di omosessualità, mentre il 18,2% attribuisce ad essa una connotazione patologica. La definizione esatta di transessualità, invece, viene data dal 51,2% degli operatori sanitari; il 51,8% ritiene che gli omosessuali siano più suscettibili di altri a malattie e l'87,8% di essi le identifica con le infezioni sessualmente trasmissibili (IST)¹⁹.

Analizzando gli item che riguardano sia i contatti degli operatori sanitari con persone LGBT (item 1) sia il passaggio di informazioni che avviene tra paziente ed operatore sanitario (item 2, 3, 4) e tra operatori (item 12) sull'orientamento sessuale dei pazienti, emerge che il 69,2% degli operatori sanitari ha incontrato, almeno una volta, nel proprio reparto una persona lesbica, gay, bisessuale o transessuale.

Il 58,4% del campione riferisce di non aver mai considerato l'orientamento sessuale di un proprio paziente; il 91,3% non ha mai ritenuto opportuno chiedere l'orientamento sessuale ai propri pazienti ed il 68,6% afferma di non aver mai ricevuto una dichiarazione di omosessualità.

¹⁹ Secondo i dati forniti dal Centro operativo Aids (COA) a novembre 2008 la trasmissione del virus Hiv avverrebbe per via sessuale, in particolare nell'ultimo decennio il contagio cresce fra gli omosessuali e i bisessuali (dal 17,3% del 1997 al 23,7% del 2008) mostrandosi ancora più evidente per i rapporti eterosessuali (dal 25,3% nel 1998 al 44,4% nel 2008).

Infine il 66,7% degli operatori sanitari non ritiene opportuno informare i colleghi sull'orientamento sessuale di un paziente, in quanto "non sono ritenute importanti per la cura": gli operatori motivano questa "credenza" sostenendo da una parte che "*l'orientamento sessuale di un paziente riguarda la sua sfera privata*" e dall'altra che, "*ai fini medico-assistenziali, non è indispensabile esserne a conoscenza*".

Per quanto riguarda gli atteggiamenti e i comportamenti che gli operatori sanitari hanno nei confronti dei pazienti LGBT, il 93,9% dichiara di non sentirsi a disagio nell'assistere una persona omosessuale, in quanto la considera come un paziente qualsiasi; inoltre, rispettivamente il 59,7% e il 53,3% ritiene che non siano necessari accorgimenti particolari con pazienti omosessuali e transessuali.

La maggioranza del campione, quindi, afferma di non considerare né trattare i pazienti LGBT in maniera diversa rispetto agli altri pazienti, confermando quanto emerge da altre ricerche presenti in letteratura secondo le quali molte persone non sono consapevoli dei propri pregiudizi e la maggior parte di coloro che ne sono consapevoli non è disposta a dichiararli apertamente.

Alcuni item del questionario riguardano la percezione che i sanitari hanno delle sensazioni e degli atteggiamenti dei pazienti. In particolare, il 51,1% afferma che i pazienti non si sentono a disagio se nella loro stanza è ricoverato anche un omosessuale, mentre il 56,7% ritiene che i pazienti possano sentirsi a disagio se nella loro stanza è ricoverato un transessuale. Viene, quindi, percepita ed espressa una differenza tra la capacità di accettare un omosessuale o un transessuale. Inoltre, il 58,3% ritiene che i pazienti LGBT non comunichino al personale sanitario il loro orientamento sessuale per paura di essere discriminati.

Il 21% sostiene di aver visto prendere in giro una persona nel proprio reparto a causa dell'orientamento sessuale: questa percentuale è sicuramente da ritenersi alta in quanto rileva e mette in evidenza dei comportamenti discriminatori manifesti.

Inoltre, dai risultati emerge che gli operatori sanitari che dicono di aver avuto contatti con persone LGBT non abbiano conoscenze maggiormente esatte sulla definizione di "omosessualità" o "transessualità" o sulla suscettibilità degli omosessuali a contrarre malattie rispetto ai colleghi che non hanno mai incontrato persone LGBT.

Gli operatori che hanno incontrato pazienti LGBT affermano (attribuzione) che gli altri pazienti possano provare maggior disagio ad essere ricoverati con persone omosessuali o transessuali e riferiscono – a differenza dei colleghi che non hanno avuto contatti con persone LGBT - di aver assistito ad episodi discriminatori nei confronti di pazienti LGBT. Con ogni probabilità la testimonianza degli operatori che hanno avuto come pazienti persone omosessuali o transessuali è attendibile, in quanto basata sull'esperienza e non su una semplice "attribuzione".

L'incrocio delle caratteristiche socio-anagrafiche del campione con i vari dati degli item del questionario rivela alcuni aspetti interessanti.

In particolare, per quanto riguarda l'età, le risposte delle tre fasce considerate seguono la media del campione, ma con l'aumentare dell'età gli operatori pongono maggior attenzione all'orientamento sessuale del paziente e alle possibili patologie ad esso correlate.

Anche l'analisi in relazione al genere mostra un andamento dei dati simile al campione generale: mentre gli operatori maschi rivelano di aver ricevuto un maggior numero di dichiarazioni di omosessualità, le femmine ritengono più utile scambiarsi, tra colleghi, informazioni riguardanti l'orientamento sessuale dei pazienti.

Per quanto riguarda la qualifica professionale e l'area d'appartenenza, si nota che i medici e gli operatori che lavorano nell'emergenza sono coloro che ritengono più utile, rispetto ai colleghi di altri reparti, considerare l'orientamento sessuale del paziente e sono anche coloro con i quali i pazienti tendono maggiormente a fare coming out.

Infine, si nota che un'alta percentuale di operatori ai quali i pazienti hanno rivelato il proprio orientamento sessuale e che dichiarano di aver avuto contatti con pazienti LGBT, appartiene all'Azienda USL 12 di Viareggio: questo dato potrebbe essere legato alla presenza della popolazione LGBT in Versilia, specie in alcuni periodi dell'anno, per i numerosi luoghi di ritrovo e di divertimento riservati alle persone omosessuali e transessuali.

CONCLUSIONI

L'indagine ci dà una "fotografia" del rapporto tra popolazione LGBT e operatori sanitari in ambito ospedaliero, "scattata" dalla parte e dal punto di vista di questi ultimi; pertanto, possiamo dire che l'indagine è una buona base di partenza per capire quali siano i punti di forza e di debolezza sui quali riflettere, discutere ed operare un confronto tra operatori, ma anche suggerire quali possano essere alcune azioni da intraprendere per migliorare il clima ed il "prendersi cura" dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie.

L'analisi delle risposte aperte offre, infatti, spunti di attenta riflessione e mostra la presenza di pensieri e atteggiamenti molto diversi tra gli operatori che vanno dal considerare gli omosessuali e i transessuali come persone normali e libere di essere e comportarsi come preferiscono, al riferire di avere nei loro riguardi un atteggiamento esclusivamente "professionale", al mostrare, senza volerlo, di avere pregiudizi. Ciò è in contrasto con i requisiti professionali che occorrono per stabilire una buona relazione terapeutica che coinvolga sia l'operatore che il paziente. Quest'ultimo, infatti, non è solo un malato, ma una persona che si può confidare apertamente o chiudersi, a seconda che si senta accettato ed accolto o trattato con freddezza. "I pazienti non portano in ospedale solo la loro malattia, portano anche un pezzo della loro vita: tanto più si sentono bene accolti ed accettati, tanto maggiore sarà la loro fiducia in chi li deve assistere, tanto migliore sarà la relazione che si instaura" (Gottardi, 2007, p.44). A questo proposito, si sottolinea che la quasi totalità del campione (91,3%) non ritiene opportuno chiedere l'orientamento sessuale ai propri pazienti, in quanto "*non rilevante ai fini diagnostici assistenziali*" o "*per rispetto della cosiddetta privacy*", vanificando così l'opportunità di "prendersi cura" della persona nella sua globalità e non solo della parte malata o temporaneamente invalidata. Infatti, studi ed esperienze consolidate affermano la grande importanza di creare all'interno del rapporto terapeutico un clima relazionale di fiducia che faciliti la confidenzialità ed eventualmente il coming out (Williamson, 2000) della persona, che si potrà sentire "accolta" ed accettata così com'è, senza il timore di essere giudicata e/o discriminata²⁰. Questo, d'altra parte avrà una notevole ricaduta non solo a livello sociale, ma soprattutto personale in termini di "guadagno" in ben-essere e salute, in particolare nei confronti di adolescenti e giovani LGBT, che non hanno ancora sviluppato strategie di coping per affrontare l'omofobia o semplicemente ritengono di non poter esprimere con tranquillità e libertà il proprio orientamento sessuale per paura di essere discriminati (58,3%).

²⁰ Cfr. <http://gpsandgaymen.chapsonline.org.uk/docs/GPsandgaymen-guidelines.pdf> Guidelines for primary health care providers to enhance the care of gay and bisexual men.

Pertanto, si ritiene necessario attivare e potenziare all'interno delle strutture sanitarie progetti di formazione-aggiornamento che coinvolgano tutti gli operatori e puntino non solo a migliorare il clima ospedaliero in riferimento a tematiche riguardanti la popolazione LGBT, ma soprattutto a supportare la crescita umana e professionale che ogni lavoratore è chiamato a perseguire durante tutta la propria carriera, in particolare attraverso la riflessione e la presa di consapevolezza sui propri atteggiamenti e/o pregiudizi e l'acquisizione di pattern relazionali che permettano ad ogni paziente di potersi esprimere senza timori e quindi di essere preso in carico nel miglior modo possibile oltre che vedere affermato il proprio diritto alla cura, nel rispetto della identità di genere.

Saper leggere la domanda d'aiuto e/o di cura, riconoscere e superare le discriminazioni, mettere in atto comportamenti coerenti con la cultura delle pari opportunità: questo sarà l'obiettivo al quale deve tendere ogni professionista della salute che lavora nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Il Gruppo di lavoro

GLOSSARIO

ACCETTAZIONE: deriva dal latino “*accipere*”, composto da “*ad*” e “*càpere*”, laddove “*ad*” indica l'intenzione, il fine, e “*càpere*” significa prendere. Il termine sta ad indicare l’atteggiamento di approvazione verso delle minoranze e dei gruppi marginali.

AGEDO: associazione di volontariato composta prevalentemente da genitori, parenti o amici di persone omosessuali, bisessuali e transessuali. L’associazione nasce nel 1993, ed ora è presente su tutto il territorio nazionale, si impegna per l’affermazione dei diritti civili e per l’affermazione del diritto alla identità personale.

BISESSUALITÀ: orientamento sessuale di un soggetto che trae piacere e prova sentimento erotico nell'avere rapporti sessuali e/o affettivi con persone sia dello stesso che dell'altro sesso. Tali rapporti, praticati quotidianamente o occasionalmente, possono essere accompagnati da fantasie erotiche, atteggiamenti e stili di vita specifici.

BIFOBIA: indica un atteggiamento di paura o rifiuto della bisessualità in base alla convinzione che solo l’eterosessualità e l’omosessualità siano reali orientamenti sessuali e corretti stili di vita.

COMING OUT: letteralmente il termine può essere tradotto “uscire allo scoperto” e quindi “venir fuori”. L’espressione sta ad indicare il processo di acquisizione di una identità omosessuale positiva e di rivelazione a se sesso e agli altri del proprio orientamento sessuale. Il percorso di accettazione, inizialmente individuale, può diventare pubblico dichiarando volontariamente il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere ad altri anche attraverso l’uso dei media.

DISCRIMINAZIONE: il termine sta ad indicare un trattamento non paritario attuato nei confronti di un individuo o di un gruppo di individui in virtù della loro appartenenza ad una particolare categoria ed effettuato in assenza di giustificazione.

ETEROSCESSISMO E GENDERISMO: concetti secondo i quali i sessi dell’essere umano sono solo due e che l’identità di genere di una persona debba necessariamente combaciare con il sesso biologico e che il tutto debba restare imm modificabile dagli esseri umani.

ETEROSESSUALE: persona che si sente affettivamente e sessualmente attratta da persone di sesso diverso.

GAY: individuo di sesso maschile sessualmente ed affettivamente attratto, in modo esclusivo o prevalente da persone dello stesso sesso.

HEALT PROMOTING HOSPITALS (HPH): il termine indica la rete italiana degli Ospedali per la promozione della Salute e si fonda sulla definizione di promozione della salute contenuta nella Carta di Ottawa (1986): “processo che mette in grado la persona di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”. Tale organizzazione supera il vecchio concetto dell’ospedale che cura e tende ad associare alla qualità dei servizi sanitari garantiti ai cittadini/utenti lo sviluppo della cultura dell’“ospedale che si prende cura” ponendo al centro del sistema il cittadino/paziente.

IDENTITÀ DI GENERE: identificazione primaria della persona come maschio e femmina, solitamente inteso come tratto permanente caratterizzato da modelli di relazione, ruoli, aspettative, vincoli ed opportunità che viene, solitamente stabilito nella prima infanzia.

IDENTITÀ SESSUALE: descrive la dimensione soggettiva del proprio essere sessuati, influenzata dalla complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, educativi e socioculturali. Include quattro componenti fondamentali: il sesso biologico, il ruolo di genere, l’identità di genere e l’orientamento sessuale.

LESBICA: termine usato per indicare una donna che esprime consapevolmente la propria affettività nei confronti di altre donne.

LGBT: acronimo usato per indicare gli aggettivi o i sostantivi: lesbica, gay, bisessuale e transessuale (“lesbian, gay, bisexual and transexual”) che viene usato nel trattare le tematiche omosessuali a livello internazionale.

MOVIMENTO LGBT: movimento politico che contesta la logica eterosessista e genderista nato negli Stati Uniti nei primi anni Ottanta.

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI (MTS): sono tutte quelle malattie infettive che si trasmettono o che si diffondono per contagio diretto durante delle attività sessuali. Alcune infezioni sono: l'Aids, la sifilide, l'epatite B, la gonorrea e l'herpes genitale.

MORBILITÀ: è il rapporto tra il numero di malati e la popolazione e rappresenta il rischio di ammalarsi.

OMOFOBIA: il termine deriva dal greco "homos"= stesso, medesimo e "fobos"= paura, significa "paura dello stesso"; è stato coniato dallo psicologo clinico George Weinberg nel suo libro *Society and the Healthy Homosexual* (La società e l'omosessuale sano), pubblicato nel 1971. Attualmente il termine viene usato per indicare atteggiamenti pregiudizievole e discriminatori nonché sentimenti negativi verso uomini e delle donne omosessuali.

OMOSESSUALE: il termine è la traduzione italiana di una parola tedesca creata nel 1869 da Karl Maria Benkert che fuse insieme il termine greco "stesso" e il termine latino "sesso". Il termine è riferibile ad una persona che prova sentimenti di innamoramento, desideri, ed attrazione erotica nei confronti di altre persone dello stesso sesso.

ORIENTAMENTO SESSUALE: descrive la direzione della propria attrazione erotica e affettiva verso altre persone, indipendentemente dal genere a cui si appartiene. Essa può essere rivolta a persone dello stesso sesso (orientamento omosessuale), dell'altro sesso (orientamento eterosessuale) o di entrambi (orientamento bisessuale).

OUTING: il termine può essere tradotto come "rivelazione", esso al contrario del coming out, è l'atto di rendere pubblico l'omosessualità di una persona senza avere il suo preventivo consenso.

PREGIUDIZIO: giudizio prematuro, parziale, basato su argomenti insufficienti e su una non completa o indiretta conoscenza. Nel linguaggio della psicologia sociale, quando si parla di pregiudizio ci si riferisce a un tipo particolare di atteggiamenti di intergruppo, cioè posizioni di favore o sfavore che hanno per oggetto un gruppo, si formano nelle relazioni intergruppo e risultano largamente condivise.

SESSUALITÀ: termine usato per indicare l'insieme delle caratteristiche (fisiche, psicologiche e culturali) legate all'attività sessuale. Essa comprende non solo il comportamento sessuale degli esseri umani, ma anche le fantasie, i desideri, le emozioni che sono ad esso legate.

STEREOTIPO: è, nell'uso moderno, la visione semplificata e largamente condivisa su un luogo, un oggetto, un avvenimento o un gruppo riconoscibile di persone accomunate da certe caratteristiche o qualità.

STIGMA: il termine viene usato come sinonimo di “marchio”, “segno distintivo” in riferimento alla disapprovazione sociale di alcune caratteristiche personali. Complessivamente consiste in un processo di etichettatura e attribuzione di significati e caratteristiche negative ad una minoranza o gruppo sociale.

STILE DI VITA: è l'insieme di corretti modelli di comportamento relativi all'alimentazione, alla condizione fisica e lo sport, alla percezione di sé, che si ripercuotono positivamente sulla salute degli individui. Uno stile di vita sano, finalizzato al miglioramento dello stato di benessere e delle prospettive di salute, è influenzato da un insieme di fattori sociali, economici e ambientali.

POPOLAZIONE SUSCETTIBILE: si intende quella popolazione che per particolari fattori (genetici, ambientali, sanitari, sociali, culturali) viene indicata come più a rischio rispetto ad altri gruppi di persone.

TRANSESSUALE: il significato letterale della parola transessuale è quello di persona che persistentemente sente di appartenere al sesso opposto a quello in cui è nata ed è caratterizzata da un profondo disagio riguardo al proprio sesso e ruolo sessuale.

TRANSFOBIA: reazione di paura, disgusto e atteggiamento discriminatorio nei confronti delle persone la cui identità di genere o presentazione di genere (o genere percepito) non corrisponde, nel modo socialmente accettato, con il sesso assegnato alla nascita.

TRANSGENDER: è un termine “contenitore” che indica tutte le persone la cui identità di genere differisce dal sesso biologico e mette in discussione la propria assegnazione ad uno dei due generi (maschile o femminile). I transgender esprimono la non conformità con il sesso biologico attraverso

l'abbigliamento ad esempio passando da maschio a femmina o da femmina a maschio o possono anche sentirsi qualcosa di diverso da queste due categorie dicotomiche.

TRAVESTITO: persona che regolarmente o occasionalmente indossa vestiti generalmente dell'altro sesso. Il travestito può essere eterosessuale, omosessuale o bisessuale.

BIBLIOGRAFIA

Althof S.E., Cappelleri J.C., Shpilsky A., Stecher V., Diuguid C., Sweeney M., Duttagupota S. (2003) Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectile dysfunction. In *Urology* May; 61 (5): 888-92, Case Western Reserve University, Beachwood, Ohio 44122, USA.

Ardis S., Marcucci M. (a cura di) (2007), *Positivo scomodo*. La prevenzione della discriminazione delle persone HIV positive, Format Idea, Firenze.

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (2000) Capo III Uguaglianza Articolo 21 “Non discriminazione” in Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee del 18 Dicembre 2000 in http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf.

Carta di Ottawa (1986) 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 21 novembre Ottawa, Canada.

Chiari C., Borghi L. (2009), *Psicologia dell'omosessualità. Identità, relazioni familiari e sociali*, Carocci, Roma, pag. 164.

Cochran S. (2001), *Emerging Issues in Research on Lesbians' and Gay's Mental Health: Does Sexual Orientation Really Matter?*, in *American Psychologist*, 56, pp. 931-47.

Delibera Regionale N. 258 o del 10.04.2006 Interventi in attuazione del PSR 2005/2007 paragrafo 5.1.1 “Educazione e promozione della salute” e della L.R. n. 63/04 “Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere” – biennio 2006/2007.

Flash Eurobarometer 232 Discrimination in the European Union Analytical report The gallup organization 2008 in http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_232_en.pdf.

Gottardi R., *Diversità e discriminazione*, in Ardis S., Marcucci M., (a cura di) (2007) “Positivo Scomodo”, Format Idea, Firenze.

Herek G.M., Garnets L. D. (2007), *Sexual Orientation and Mental Health*, in *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, pp. 353-75.

LEGGE REGIONALE n. 63, Norme contro la discriminazione sessuale determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere, *Bollettino Ufficiale della Regione Toscana*, n. 46, 24 Novembre 2004.

Lelleri R., et al. (2006) “*Survey Nazionale su stato di salute, comportamenti protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione omo-bisessuale*” (MODI DI) in <http://www.magnumclubitalia.com/temporary/ReportfinaleMODIDI.pdf>.

Omoto A. M., Kurtzman H.S. (2006), *Sexual Orientation and Mental Health*, American Psychological Association, Washington DC.

Williamson, I. R. (2000) Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men, *Health Education Research, Theory & Practice*, Oxford University Press, Vo. 15, n° 1 pag. 97-107.

Approfondimenti bibliografici

- Baird V. (1991), *Le diversità sessuali*, Carocci, Roma.
- Baldaro Verde J., Graziottin A. (1991), *L'enigma dell'identità*, Gruppo Abele, Torino.
- Barbagli M., Colombo A., (2001) *Omosessuali moderni. Gay e lesbiche in Italia*, Il Mulino.
- Belgrano E., Fabris B., Trombetta C. (1999), *Il transessualismo. Identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Editrice Kurtis, Milano.
- Benjamin H. (1968), *Il fenomeno transessuale*, Astrolabio, Roma.
- Callari Galli M. (1998), *Pensare la diversità. Idee per un'educazione alla complessità umana*, Meltemi, Roma.
- Canestrari M. (1988), *Uomo o donna. Contributo psicodiagnostico allo studio del transessualismo*, CLUEB, Bologna.
- Cantarella E. (1995), *Secondo natura. La bisessualità nel mondo antico*, Rizzoli, Milano.
- Coco N., Legge 14 aprile 1982, n. 164 sul transessualismo: un panorama della giurisprudenza, *Rassegna di Diritto Civile*, 1996.
- Colombo A. (2000), *Gay e aids in Italia. Stili di vita sessuale, strategie di protezione e rappresentazioni del rischio*, Il Mulino, Bologna.
- Crepault C. (1989), *Dal seme di Eva. Saggio sulla differenziazione dello sviluppo psicosessuale*, Franco Angeli, Milano.
- Di Ceglie D. (2003), *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico dell'identità di genere e salute*, Franco Angeli, Milano.
- Di Stefano G., Falgares G., Di Maria F. (2003), *Articolo tratto dalla rivista Gruppi*, 1, 16.
- Erikson E. H. (1974), *Gioventù e crisi di identità*, Arnaldo, Roma.
- Fabeni, S., Toniollo M. G. (2005), *La discriminazione fondata sull'orientamento sessuale. L'attuazione della direttiva 2000/78/CE e la nuova disciplina per la protezione dei diritti delle persone omosessuali sul posto di lavoro*, Ediesse, Roma.
- Garber M. (1994), *Interessi truccati. Giochi di travestimento e angoscia culturale*, Raffaele Cortina, Milano.
- Godino A., La Carbonara A. (1998), *Identità multiple. Psicologie del transessualismo*, Franco Angeli, Milano.
- Goffman E. (1997), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- Lange J. E., Strangor C. (1994), *Mental Representations of Social Groups. Advances in Understanding Stereotypes and Stereotyping*, *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 26, pp. 357-416.

- Lingiardi V., (2007), *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*, Il Saggiatore.
- Lorè C., Martini P. (1984), *Aspetti e problemi medico-legali del transessualismo*, Giuffrè, Milano.
- Marcasciano P. (2002), *Tra le rose e le viole. La storia e le storie di transessuali e travestiti*, Manifestolibri srl.
- Mazzara B. M. (1998), *Appartenenza e pregiudizio. Psicologia sociale delle relazioni interetniche*, Carocci, Roma.
- Mills J., Polanowski J. A. (1997), *Ontology of Prejudice*, Rodopi, Amsterdam.
- Nardacchione D. (2000), *Transessualismo e Transgender - superando gli stereotipi*, Il dito e la Luna, Milano.
- Persico A.M. (2007), *Omosessualità tra “scelta” e sofferenza, conoscere per capire, capire per andare oltre*, Alpes Italia srl, Roma.
- Pogliano S. (2002), *Aspetti psicogiuridici del transessualismo*, in Gullotta G., Pezzati S., (a cura di) *Sessualità, diritto e processo*, Giuffrè, Milano.
- Polito S. (2005), *Impronte. Percorsi storici e sociali dell’omosessualità maschile*, Prospettiva, Civitavecchia.
- Romano S. (2001), Tribù, *Il gioco delle maschere e delle finzioni*, *Corriere della Sera*, 16 gennaio, p. 33.
- Rossi Barilli, G. (1999) *Il movimento gay in Italia*, Feltrinelli, Milano.
- Tolu D. (2000), *Il viaggio di Arnold. Storia di un uomo nato donna*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Trentin R. (1991), *Gli atteggiamenti sociali*, Bollato Boringhieri, Torino.

SITOGRAFIA

<http://www.arcigay.it>

<http://www.arcigaytoscana.it>

<http://www.arcilesbica.it>

<http://www.ministerosalute.it>

<http://www.salute.toscana.it>

<http://glbthealt.org>

http://www.benessere.com/sessuologia/malattie_trasmissibili/

<http://www.web.vita.it>

<http://www.gay.it>

<http://www.epicentro.iss.it>

<http://www.omofobia.info>

<http://www.sieropositivo.it>

<http://www.wikipedia.org>

<http://www.modidi.net>

<http://www.agedo.org>

<http://www.iss.it>