



SET-SALUTE
TRANSESSUALITA' / TRANSGENDERISMO
PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE PERSONE
MIGRANTI TRANS IN PARTICOLARE STATO DI **VULNERABILITÀ**



ASSOCIAZIONE ORA D'ARIA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI CASSINO E DEL LAZIO MERIDIONALE



IL PROGETTO

L'obiettivo principale del progetto promosso dall'UNAR – Dipartimento Pari Opportunità - è stato capire la realtà esistente al fine di fornire strumenti per rimuovere le condotte discriminatorie in campo sanitario nei confronti di persone trans in particolare stato di vulnerabilità. È stato necessario innanzitutto comprendere come la discriminazione avvenga, dove si manifesti, chi sono gli attori principali, quali conseguenze comporti. Ossia:

- quale il rapporto con il diritto al benessere, e quindi alla cura, per persone straniere transessuali e particolarmente vulnerabili quali vittime di tratta, di sfruttamento, detenuti/e, affette da patologie debilitanti, richiedenti asilo, vittime di violenza nei paesi d'origine, senza fissa dimora;
 - quanto la doppia realtà (persona straniera e transessuale) influisce sullo stato di salute e sulla possibilità di usufruire dei servizi della sanità pubblica;
 - come operare affinché la doppia diversità – etnica e identità di genere – non subisca una discriminazione nell'accesso ai servizi, ma veda garantita pari opportunità
 - come indirizzare la sanità pubblica – nella sua interezza, staff medico, procedure amministrative, accoglienza e presa in carico – affinché sia inclusiva di questa complessa diversità per non produrre discriminazioni multiple
- Non esistendo dati, procedure e protocolli, il progetto si è proposto di offrire

SET-SALUTE

un primo contributo in questo senso per poter implementare pratiche corrette e rispettose della persona Trans, soprattutto se in stato di vulnerabilità, nel momento in cui si relazioni con il sistema sanitario italiano all'interno. Si parlerà unicamente di persone trans al femminile, ossia di MtF (dal maschile al femminile), perché si tratta della prevalenza in ambito straniero e in stato di vulnerabilità. Ma occorre prestare attenzione anche alle persone FtM (dal femminile al maschile) anche se oggi non appaiono praticamente sui radar del disagio sociale, e a quanti e quante non si identificano in un genere preciso, sfuggendo al binarismo di genere. Sono persone, a cui va garantito il diritto al benessere, che peraltro non ha genere.

PRENDERSI CURA DEL PROPRIO CORPO E DI QUELLO ALTRUI

ALDO MORRONE, DIRETTORE SCIENTIFICO ISG

Da malati si capisce di non vivere soli, ma incatenati a un essere di un altro domini o Da cui ci separano abissi, qualcosa che non ci conosce e da cui non riusciamo a farci comprendere: il nostro corpo.

MARCEL PROUST (1871 – 1922)

Da sempre l'uomo ha cercato di sconfiggere le malattie e la morte e ogni secolo ha avuto l'illusione che fosse vicino il momento della loro sconfitta definitiva. La rivoluzione francese utilizzò le scienze e la medicina come sostituti della religione e quindi i medici e gli scienziati occuparono il posto dei preti e dei religiosi, in tal modo la società avrebbe recuperato la sua salute originaria. La malattia e la morte divennero così un problema pubblico e cessava di essere un fatto che riguardava solo la persona malata.

In tal modo si è compiuta "scientificamente" la prima divisione tra persona, cultura, salute e malattia. Si è pensato per molto tempo che il concetto di "salute" fosse ben definito dall'espressione *assenza di malattie, star bene*, cioè non essere malati.

Oggi ci si è resi conto che la salute non può esaurirsi semplicemente nell'assenza di malattie, infatti viene definita nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come *stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*, inoltre la sua tutela, viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

SET-SALUTE

Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite interventi legislativi e opportune alleanze, di modificare quei fattori che possono influire negativamente sulla salute degli individui e della collettività, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Si tratterebbe di indirizzare le politiche sanitarie nella direzione nella promozione di salute e prevenzione delle malattie, ma in ambito sanitario esiste un paradosso terribile, responsabile dell'inversione delle leggi del mercato tipica del settore: è l'offerta di servizi che genera la domanda di salute e non viceversa. Nel mondo della sanità si spinge a tradurre la domanda di salute dei cittadini in erogazione di prestazioni sanitarie all'infinito che non solo non garantiranno mai l'immortalità, ma non sono l'equivalente di una buona salute.

I cittadini sono diventati i protagonisti e i complici inconsapevoli di un sistema di consumismo sanitario che sottrae risorse alla rimozione degli ostacoli sociali e culturali al benessere, per indirizzarli a prestazioni inappropriate, frutto di una medicalizzazione della salute. Quando la cura della salute, si trasforma in un prodotto industriale, allora il rischio di "creare nuove malattie" diventa molto alto. Se si riduce la capacità delle persone di far fronte alle situazioni della vita che possono comportare sofferenza o disagio, se "medicalizziamo" ogni apparente disturbo fisico o psichico, dalla timidezza alla diversità del proprio orientamento sessuale, allora non ci saranno mai ospedali in grado di accogliere tutte le persone "convinte" da una divulgazione maldestra, a farsi curare un'ansia di salute opportunamente indirizzata. La definizione di salute proposta dall'OMS è molto interessante e impegnativa; infatti la sua traduzione in termini operativi e soprattutto in

azioni, ha sempre suscitato importanti riflessioni. Il carattere *utopistico* di tale definizione è molto chiaro e condivisibile in quanto descrive una situazione di completa soddisfazione e felicità che forse non può essere mai raggiunta, ma certamente può essere vissuta come obiettivo. Comunque costituisce un importante punto di riferimento verso il quale orientare i propri sforzi. La definizione dell'OMS, non appare inoltre realista, perché parte da una supposizione non completamente vera, cioè che sia possibile un'esistenza senza dolore e senza morte. Non scopre dentro di sé la componente della cronicità, della disabilità, degli inevitabili acciacchi, le debolezze, le infermità, l'agonia e il distacco finale, che caratterizzano l'essere umano. Inoltre occorre aggiungere che la salute non può essere considerato uno stato, ma piuttosto un processo permanente di ricerca di equilibrio dinamico di tutti i fattori che compongono la vita umana e la vita di tutti gli altri esseri viventi. Tutti questi fattori sono al servizio della persona perché abbia la forza di diventare *sana*, cioè autonoma, libera, aperta e creativa di fronte alle diverse situazioni che dovrà affrontare. Solo così potrà raggiungere il benessere individuale e comunitario.

Nel Glossario elaborato nel 1988 e pubblicato nel 1998, l'OMS definisce meglio la promozione della salute come *"il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute"* e specifica infatti che rappresenta un processo globale, sociale e politico, non comprende solo le azioni dirette a rinforzare le capacità degli individui, ma primariamente volta alle azioni che sono dirette a cambiare le condizioni sociali, economiche, ambientali, in modo tale che si riduca l'impatto sulla salute, pubblica e individuale, di tutto quanto è sfavorevole alla salute, e si incentivi quanto la incrementa. Quando il raggiungimento della salute non coinvolge tutte le peculiarità della persona umana, la sua vita di relazioni,

SET-SALUTE

la sua sessualità, il proprio lavoro, la sua alimentazione e così via, si corre il rischio di medicalizzare la salute, impoverendola della sua complessità. Inoltre troppa medicina pare che faccia male alla salute. A oltre dieci anni dall'editoriale in cui chiedeva – provocatoriamente, all'epoca, e con il punto interrogativo – se non ci fosse un eccesso di medicalizzazione della vita quotidiana, il BMJ torna da tempo, sull'argomento con diversi editoriali in cui ogni dubbio è oramai scomparso, giacché gli eccessi, inutili e spesso perfino dannosi, sono sempre più numerosi. Oggi si parla di massiccia sovradiagnosi e dannosi eccessi terapeutici, in diversi settori della medicina e anche in ambito di salute mentale. Una volta che le persone vengono etichettate con una diagnosi, segue una cascata di conseguenze mediche, sociali ed eco-

1. Cfr. Editorials.

Winding back the harms of too much medicine. BMJ 2013;346: f1271

nomiche, alcune delle quali permanenti¹. Le persone lesbiche, bisessuali e transgender, raccolte nell'acronimo LGBT, hanno gli stessi diritti di tutela della salute e di benessere che si riconoscono ai soggetti che

si adeguano alla norma eterosessuale.

Qualunque sia il proprio orientamento sessuale, l'identità sessuale e di genere, tutti dobbiamo aspirare al benessere personale e comunitario. Ciascuno di noi infatti, esprime il proprio genere nei diversi modi che possono essere più o meno accolti e compresi nelle culture o nelle aspettative culturali e sociali dei contesti storico-culturali in si vive. La forza di essere persona significa capacità di adattamento e d'integrazione delle situazioni più diverse, nelle quali si può avere la salute, la malattia, la sofferenza, il recupero, l'invecchiamento e il cammino più o meno sereno verso il grande passaggio della morte e del morire. La salute e il benessere dunque non sono né uno stato né un atto esistenziale, ma un atteggiamento nei confronti delle diverse situazioni che possono essere di malattia o sanità. Essere, o meglio, diventare

una persona umana, non è semplicemente correlato ad avere salute o essere in salute, ma alla capacità di saper affrontare nel modo migliore sia la malattia che la salute. Essere sano significa quindi dare e realizzare un senso della vita che inglobi la salute, la malattia e la morte. È evidente che l'orientamento sessuale e l'identità di genere sono un elemento importante nella costruzione non solo della personalità, ma prima ancora della persona. Qualcuno potrebbe essere molto malato ed essere in salute perché in questa situazione di sofferenza cresce, si umanizza e riesce a dare un senso a tutto ciò che vive.

La salute in altre parole non è l'assenza di disturbi, ma è la forza di vivere con questi disturbi. Salute è accogliere e amare la vita così come essa si presenta, allegra e laboriosa, sana e malata, limitata e aperta all'infinito, indipendentemente dal sesso biologico e dall'identità di genere. Ogni essere umano deve poter vivere e comunicare la propria espressione di genere all'interno dei diversi ambienti socio-culturali, con libertà e serenità, premesse indispensabili per una condizione di salute e benessere, in particolare in un contesto transculturale e multietnico, come appare oggi l'intera Europa. Inoltre la salute, come evidenziato dall'articolo 32 della Costituzione, ha una dimensione collettiva che vede la partecipazione piena di tutte le persone, con le loro scelte sessuali, culturali, le loro emozioni e i loro sentimenti. Una salute collettiva per cui occorre lottare contrastando tutte quelle condizioni economiche, culturali e discriminatorie che ne impediscano il pieno raggiungimento.

In passato molto spesso la propria espressione di genere non veniva sempre accettata, quando non veniva percepita compatibile con i diversi ruoli di genere imposti e attesi socialmente. Questo ha determinato spesso una grave sofferenza, incompatibile con il raggiungimento del benessere e

SET-SALUTE

della salute, patrimonio e diritto di ogni essere umano. Altro elemento di sofferenza si determina quando è presente una differenza tra sesso biologico e identità di genere, cioè quando siamo in presenza di una condizione di persona transgender, e questa condizione, definita “disforia di genere”, non consente di vivere in salute. Si deve sottolineare che oggi è stato riconosciuto uno stretto legame fra salute e felicità. Inoltre l’abbattimento di tutte le forme di discriminazione sociale, culturale e sessuale migliora il benessere di tutte le persone, non solo degli individui oggetto delle discriminazioni. Anche il mancato riconoscimento dei diritti, di qualunque tipo, può comportare un senso di frustrazione che può compromettere la salute di ogni individuo.

Questa realtà per molto tempo nel nostro Paese non è stata affrontata con un’analisi clinico-scientifica che permettesse di aiutare queste persone nel loro benessere. Vivere una sensazione di estraneità rispetto al proprio sesso biologico e al ruolo di genere assegnato, provoca una grande sofferenza. Spesso queste persone percepiscono la sensazione di essere nate con il *sesso sbagliato*.

Cosa significa la ricerca del benessere, il prendersi cura del nostro corpo così inteso? È un compito immenso. Implica prendersi cura della vita che lo anima, dell’insieme delle relazioni con la realtà che lo circonda, relazioni che vanno dall’igiene all’alimentazione, dall’aver un lavoro o essere disoccupati, alla maniera di vestirci, al modo in cui organizziamo la nostra casa e ci situiamo all’interno di un determinato spazio. Solo così ci trasformiamo sempre più in persone mature, autonome, sagge e pienamente libere. La percezione della propria identità di genere, cioè di se stessi come donna o uomo, diventa un elemento importante della salute e del benessere di una persona e di un’intera comunità. Quando il sesso biologico di nascita non corrisponde alla percezione della propria identità di genere si parla di disforia

di genere. Proprio per affrontare problematiche come queste, negli ultimi venti anni a Roma, presso l'Ospedale San Camillo Forlanini, si è svolta e continua ancora un'attività di accoglienza e di presa in cura di persone con un vissuto di alterazione dell'identità di genere, per un supporto psicologico, medico-chirurgico e socio-legale, implicati nel processo di adeguamento tra identità fisica e identità psichica.

Garantire accoglienza e supporto a queste persone è utile non solo ai singoli soggetti e alle loro famiglie, ma all'intera comunità che in tal modo può rimuovere barriere discriminatorie, per raggiungere un'elevata qualità di vita sana per tutti. Solo un lavoro di equipe interdisciplinare può svolgere interventi diretti al singolo individuo e di orientamento e mediazione attiva tra una pluralità di soggetti significativi del contesto familiare e sociale in cui è coinvolta la persona: famiglia nucleare ed allargata, servizi socio-sanitari e singoli professionisti della salute, avvocati, giudici, insegnanti, rappresentanti di associazioni LGBT ed altre figure coinvolte in ogni singola storia. Tutto ciò richiede una sinergia di interventi, ruoli ed ambiti, che da sempre costituisce l'aspetto più costruttivo e "più culturale" dell'agire sociopsicologico sul territorio e nella comunità. La Legge n°164, promulgata il 14/04/1982, recante l'intestazione "*Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*", ha determinato, attraverso la possibilità di ottenere la rettificazione dell'attribuzione di sesso anagraficamente codificato alla nascita, un miglioramento del benessere di tutte le persone.

La cura integrale dell'essere umano è talmente importante che già nelle tradizioni terapeutiche dell'umanità vi è sempre stata la percezione che il prendersi cura è un processo globale che avvolge la totalità dell'essere umano e non solamente la parte inferma o l'organo colpito. Ci rifacciamo alla nostra tradizione occidentale legata alla figura di Asclepio (Esculapio

SET-SALUTE

per i latini). Da questa tradizione proviene il padre della medicina classica e moderna, Ippocrate (460-377 a.C.). Asclepio era storicamente un eroe curatore che aveva il suo centro a Epidauro, nel cuore della Grecia. Per più di mille anni, gli infermi da ogni parte del mondo antico, accorsero al suo tempio. L'efficacia dei suoi metodi era tale che dopo la sua morte, Asclepio finì per essere divinizzato. Nel portico del suo tempio, i malati potevano leggere il detto fondamentale della medicina del tempo

*Puro sia colui che entra nel tempio di incenso odoroso,
puro è colui che in animo nutre pensieri santi²*

A Epidauro le cure erano realizzate in forma olistica, attraverso metodi differenziati: con la danza, la musica, la ginnastica, la poesia, i riti e il sonno

2. Cfr. Meier CA,
Il sogno come terapia.
Edizioni Mediterranee,
Roma, 1987, p. 60

sacro. C'era l'*Abaton*, santuario dove gli infermi dormivano per avere sogni di comunione con la divinità che li toccava e li curava. C'era l'*Odeon*, locale dove si poteva ascoltare musica tranquillizzante e venivano letti e fatti ascoltare poemi sublimi. C'era il *Ginnasio*, dove si facevano esercizi fisici allo scopo di integrare mente e corpo. C'era lo Stadio per gli sport di competizione controllata per migliorare il tono fisico. C'era il Teatro per la rappresentazione di situazioni complesse delle vite in modo da sdrammatizzare e rendere più facile la cura. C'era la *Biblioteca* dove si potevano consultare libri, ammirare opere d'arte e partecipare a discussioni sugli argomenti più diversi. Tutto ciò già allora era realizzato in funzione di una visione olistica della realtà della salute e della malattia. La moderna medicina olistica, non fa che riscattare questa memoria terapeutica della nostra stessa tradizione, soffocata troppo spesso da un paradigma scientifico dominante che tenta di curare solo le

parti o gli organi malati, senza prendere in considerazione la totalità e la complessità dell'essere umano. È in questo contesto di cura totale dell'essere umano che il poeta Decimo Giulio Giovenale (60 -130 d.C.) ha scritto un famoso verso criticando gli eccessi culinari dei romani:

Orandum est ut sit mensa sana in corpore sano.

(Satire X, 356) (Si deve cercare una mente sana in un corpo sano)

Afferma Ivan Illich, che nell'*Homo sapiens*, "*sano*" è un aggettivo che qualifica azioni culturali, etiche e politiche. Almeno in parte la salute di una persona, e quindi di un popolo, dipende dal modo in cui la cultura, la politica e la società condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti e specialmente nei più deboli la fiducia in se stessi, l'autonomia, la dignità di esseri umani. Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera nelle persone la capacità di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile. La salute in questo senso equivale al grado di cultura e di libertà vissuta³. La salute designa quindi un processo di adattamento. Esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte. La salute abbraccia anche il futuro e perciò comprende l'angoscia e le risorse interiori per vivere con essa. Esprime un processo di cui ognuno è responsabile, anche se solo parzialmente.

3. Cfr Illich I. *Nemesi medica*, (Tr. It.) Mondadori, Milano, 1977.

Il benessere diventa espressione non soltanto di non essere malato, ma anche di riuscire a fronteggiare la realtà, di gioire di questa riuscita, di esser capaci di sentirsi vivi nel piacere e nel dolore. La salute e la sofferenza come

SET-SALUTE

sensazioni vissute e consapevoli sono fenomeni propri degli uomini, che in ciò si distinguono dagli altri animali. La salute è definita dallo stile con cui ciascuna società si esprime nell'arte di vivere, di gioire, di soffrire e di morire. Lo stile è immerso in un insieme complesso di simboli, valori e rappresentazioni, in base ai quali gli esseri umani spiegano e organizzano la loro presenza nel mondo, qui e ora (*hic et nunc*): è espressione della propria cultura.

DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE

L'ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA AFFERMA:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Inoltre i cittadini devono collaborare al mantenimento della salute, sia osservando i comportamenti richiesti nell'interesse collettivo, sia partecipando alle spese necessarie, in rapporto alla loro diversa capacità contributiva (**ARTICOLO 53** della Costituzione italiana).

È bene ricordare ancora che l'**ARTICOLO 3** sottolinea che "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Appare del tutto evidente come la piena attuazione di questo articolo, comporti un miglioramento della salute e del benessere assai maggiore di quanto non possano fare atti di natura sanitaria, come l'esecuzione di esami ematologici, laboratoristici inappropriati. Quella che viene definita "medicalizzazione della salute".

A livello internazionale il diritto alla tutela della salute è garantito dalla **DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI DELL'UOMO**, approvata il 10/12/1948 a N.York dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

L'**ARTICOLO 1** afferma: "Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di Fratellanza".

L'**ARTICOLO 1** precisa: "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione".

Ma per quanto riguarda la salute e il benessere, è soprattutto l'**ARTICOLO 25, 1° e 2° COMMA**, che ci fa riflettere molto: "Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà".

Le norme giuridiche internazionali riconoscono quindi che ogni essere umano possiede diritti innati, cioè preesistenti alla stessa legge scritta, inviolabili, inalienabili e imprescrittibili. Tra i principali diritti sono da sottolineare il diritto alla vita, il diritto alla giustizia e alla tutela della salute.

CONCETTUALIZZAZIONI DELLA MALATTIA

Grmek nel suo volume sulla storia del pensiero medico occidentale⁴, si pone il problema di come fin dall'antichità, il pensiero umano fosse fortemente

SET-SALUTE

4. Cfr. Mirko Dražen Grmek. (A cura di) *Storia del pensiero medico occidentale. 1 antichità e medioevo*, Laterza, 1993, Roma Bari, pp. 323-345.

5. Cfr. Mirko Dražen Grmek e Danielle Gourevitch, (Tr. It.) *Le malattie nell'arte antica* Firenze, Giunti, 2000; Herzlich, 1969; Laplantine, 1986.

6. Cfr. Buck, 1949, alle voci Sick, Sickness, Well e Health.

impregnato dall'idea di malattia. In realtà più che di un concetto strutturato, si sarebbe trattato di un insieme di concetti che hanno conosciuto un'evoluzione nel corso della storia dell'umanità e che oggi nelle società attuali, divergono a seconda delle classi socio-economiche e dei livelli di istruzione. Ancora oggi nei sistemi popolari di rappresentazione della salute e della malattia, si ritrovano, trasformate, le idee dominanti nelle teorie mediche del passato⁵. L'etimologia dei diversi termini che designano la malattia nelle lingue indoeuropee rivela alcune caratteristiche fondamentali della concettualizzazione originaria⁶. Una precisazione va subito posta: l'as-

senza di un termine comune a tutte le lingue di questo gruppo. In alcune vediamo anche una profusione di sinonimi. Il loro significato etimologico appartiene a quattro campi semantici: 1) debolezza, mancanza di forza, perdita di potenza nel lavoro; 2) difformità, bruttezza; 3) fastidio, sensazione di disturbo, malessere; 4) sofferenza, dolore.

La concettualizzazione iniziale dello stato morboso, comporta quindi un criterio oggettivo, cioè l'incapacità di produrre lavoro per se stessi e per la società e un criterio soggettivo, che va dall'indisposizione al dolore acuto. Un'altra difficoltà è rappresentata dalla confusione fra la malattia e le malattie, cioè tra la concettualizzazione della malattia in generale (definizione del patologico rispetto al fisiologico), e la concettualizzazione delle malattie particolari (definizione delle entità nosologiche).

Nel primo caso, il problema fondamentale è l'ambiguità del concetto di norma biologica e sociale; nel secondo, la difficoltà deriva invece dallo sta-

tuto ontologico delle malattie. Scoperta delle entità o costruzione dei concetti? Le malattie sono delle entità o dei processi? Le loro definizioni sono il risultato di una realtà oggettiva, o soltanto una maniera comoda di dominare intellettualmente una realtà complessa e fluttuante? In altre parole, le entità nosologiche vengono scoperte o vengono inventate?

Queste domande che riassumono un antico conflitto medico-scientifico, appaiono estremamente importanti nella realtà attuale, dove spesso la diagnosi può essere il risultato anche di un pregiudizio culturale. Infatti la concettualizzazione iniziale dello stato morboso comporta sempre un criterio oggettivo, cioè l'incapacità di produrre lavoro per se stessi e per la società, e un criterio soggettivo, che va dall'indisposizione al dolore auto. Radici comuni designano la malattia da un lato e il male, il cattivo e il brutto dall'altro. Il concetto di malattia non è socialmente neutro, ma si lega a un giudizio morale ed estetico. Un uomo è malato quando le sue capacità di lavoro sono diminuite, quando soffre fisicamente e quando certe modificazioni avvenute nel suo organismo lo svalutano socialmente e cambiano il suo ritmo di vita fino, in certi casi, a metterne in pericolo la stessa sopravvivenza.

Nella concettualizzazione ontologica, possiamo distinguere due fasi storiche: all'inizio, l'essere di una malattia *l'ens morbi*, viene concepito come un'entità concreta; in seguito, in una versione filosofica più raffinata, esso viene trasformato in un tipo logico, in un'idea. A ciò si aggiunga l'opportuna sottolineatura di quanta parte di queste dimensioni rientri nella definizione di salute sopra accennata e di qualità di vita⁷: aspetti oggi centrali nella valutazione complessiva che il paziente dà della propria condizione –valutazione

7. Cfr. "La salute corrisponderebbe alla capacità di funzionare adeguatamente in tre aree fondamentali: l'area fisica, che comprende l'integrità di organi e apparati e la capacità di espletare funzioni quotidiane quali camminare o vestirsi; l'area sociale-relazionale, comprendente la capacità di intrattenere relazioni

SET-SALUTE

considerata centrale per ottimizzare gli interventi clinici decisi in maniera collaborativa tra medico e paziente.

LA TRIADE DISEASE – ILLNESS-SICKNESS

La lingua inglese dispone di tre diversi termini per dire “malattia” conferendo a ciascuno di essi una particolare accezione. *Disease* indica lo squilibrio

interpersonali soddisfacenti, di svolgere un lavoro e di dedicarsi ad attività di svago; l'area psicologico-cognitiva, che comprende l'integrità delle funzioni cognitive, la percezione di sé come persona autosufficiente ed autonoma in senso psicologico”. Cfr. Dina Labbrozzi, *Misure di salute e di vita: introduzione ai metodi e agli strumenti per la valutazione dello stato di salute e della qualità di vita nella ricerca e nella pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995; Barbara Muzzati, *Salute e qualità di vita. Il benessere globale dell'individuo*, Carocci, Roma 2012.

8. Cfr. Bjørn Hofmann, *On the Triad Disease, Illness and Sickness*, «Journal of Medicine and Philosophy», 27:6, 2002.

bio-fisico così com'è codificato dalla scienza medica. *Illness* indica l'esperienza soggettiva di malattia, vissuta dalla persona malata. *Sickness* esprime la modalità con cui la società rappresenta e percepisce la malattia: rappresentazione sociale che offre diritti e pretende obbligazioni. In tal modo per ciascuna patologia il modo di disporsi differente di *disease*, *illness* e *sickness* produce esiti diversi⁸.

La persona si sente male (*ill*), va dal medico che certifica la sua malattia (*disease*) e la società lo riconosce malato (*sickness*). L'*illness* conferisce senso al malessere del paziente, la *disease* consente l'accesso al sistema di cure, la *sickness* permette al paziente di stare a casa in malattia e aver diritto a sostegni economici, ma quest'ultima condiziona anche in termini di stigma e discriminazione il quotidiano della persona malata. Mentre tutte le malattie (*disease*) hanno correlazioni o cause biologiche o psicologiche, la malattia (*illness*) diventa un'esperienza umana solo quando è compresa, interpretata, valutata e comunicata, in quanto essa entra a far parte del mondo dei

significati e dei discorsi umani. La malattia (*illness+sickness*), intesa come una realtà sociale e personale e le terapie orientate al trattamento di questa realtà sono inestricabilmente legate al mezzo del linguaggio e dei significati. Il modello ermeneutico culturale fornisce al clinico un modello di malattia (*illness*) come una sindrome densa di significati.

Le prime testimonianze letterarie occidentali, cioè le epopee omeriche, i testi sacri e i miti arcaici, sono la prova dell'esistenza molto remota delle nozioni d'infermità (alterazione permanente di una struttura anatomica o di una funzione fisiologica senza processo patologico in corso), di trauma, d'intossicazione, di disordine mentale, di morte pestilenza (*loimòs*). Le ultime tre categorie di eventi patologici sono considerate manifestazioni dell'intervento divino. Lo stesso vale per la malattia in senso stretto (*nosos*). Come dicono a Polifemo gli altri Ciclopi, ingannati da uno stratagemma linguistico di Ulisse: "Se *nessuno* ti fa violenza, allora è una malattia che viene dal grande Zeus e da cui non si può sfuggire".

Nel mondo di Omero e della tragedia classica, la malattia per eccellenza è il deperimento cronico: è un demone spaventoso che causa dolori e fa fondere le carni. Il poeta Esiodo (VII secolo a.C. circa), narra del mito dell'età dell'oro, in cui gli uomini vivevano al riparo dalle pene, dalla fatica e dalle malattie dolorose che portano al trapasso e spiega l'origine dei mali con il mito di Pandora. Da una giara magica uscirono le malattie (*nosoi*) che da allora errano innumerevoli fra gli uomini e li visitano spontaneamente (*automatoi*), le une di giorno le altre di notte, portando la sofferenza ai mortali, in silenzio, poiché il saggio Zeus ha rifiutato loro la parola. Esiodo parla delle malattie al plurale e non, come aveva fatto Omero prima di lui, al singolare. Verso il 500 a. C. Alcmeone da Crotone, medico e filosofo dell'Italia meridionale, enunciò la prima definizione di malattia naturale che ci è pervenuta,

SET-SALUTE

una definizione che eliminava ogni residua interpretazione magico-religiosa. Secondo la dossografica di Ezio, Alcmeone afferma che la salute si mantiene grazie all'uguaglianza dei diritti (*isonomia*) delle qualità umido, secco, caldo, amaro, dolce ecc., mentre il regno esclusivo tra di una di esse (monarchia) produce malattia.

La patologia delineata da Alcmeone, non ebbe rispondenza nella letteratura medica successiva. I medici ippocratici danno al disturbo fondamentale che costituisce la malattia (*nosos o nosema*) il nome di *dyscrasia* (invece di *monarchia*) e chiamano l'equilibrio della salute con i nomi di *euclasia* e di *symmetria* e non *isonomia*. Essi concepiscono infatti la malattia come una sofferenza del corpo caratterizzata da una mescolanza perturbata degli umori fondamentali, provocata dalla perdita della giusta proporzione nei rapporti fra il caldo e il freddo e/o fra il secco e l'umido. Nei Problemi, (opera composita attribuita almeno in parte ad Aristotele) si parte proprio con una domanda retorica che contiene già la risposta: " Perché i grandi eccessi sono malsani? Perché producono un eccesso (*hyperbole*) o un difetto (*elleipsis*)? La malattia (*nosos*) è questo?

Oggi, nella realtà quotidiana, con i cambiamenti del modo di vivere sentimenti affettivi, quanto riusciamo a comprendere l'importanza di realizzare processi di salute e benessere della persona umana? Certamente occorre una capacità di ascolto delle narrazioni di vita delle persone lgbt, per ricomporre il mosaico di emozioni e di tenerezza che viene vissuta, ma spesso con sofferenza. Le diverse pluralità affettive hanno bisogno di un pieno riconoscimento e accoglienza che vivifichino la nostra comunità umana.

Ci si chiederà come sia possibile che oggi, con il moltiplicarsi di fonti e occasioni d'informazione scientificamente corretta, accada ancora di registrare situazioni di discriminazione nei confronti di coloro che vivono il pro-

prio orientamento sessuale, l'identità sessuale e di genere, con una pluralità di forme e una diversità che rappresentano una ricchezza per la persona umana.

LE PERSONE TV

[TRANS/VULNERABILE]

Secondo il DSM e l'ICD dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la persona transessuale soffre di un "disturbo dell'identità di genere", meglio definita come "disforia di genere" (DIG). Il percorso di transizione parte dall'accertamento diagnostico e si sviluppa attraverso il sostegno psicoterapeutico, un percorso endocrinologico che consiste nella terapia ormonale sostitutiva, sino all'eventuale intervento di riconversione genitale (RCS) insieme ad altri eventuali interventi di chirurgia estetica.

Ma la persona trans che ha bisogno di cure, chi è? Trans, o paziente? Trans o psicologicamente segnata per la sua vita su strada piuttosto che in una cella? Trans o in ansia per l'attesa di un permesso di soggiorno necessario per uscire dall'ombra dell'invisibilità? Trans o provata nel corpo e nell'anima da anni di violenze e di soprusi? Che cosa definisce una persona che ha bisogno di cure per sopperire a una situazione di grande malessere diffuso? Forse non vi sono priorità, ma una serie di concause fisiche, psicologiche e in particolare sociali che determinano non soltanto un quadro clinico, ma soprattutto un status di vita complessa.

Questo concetto, la vulnerabilità, esteso soprattutto all'ambito sociale, ha

conosciuto negli ultimi venti anni una crescita esponenziale, trovando differenti paradigmi che hanno contribuito alla sua delineazione. Dalla speculazione filosofica, molti sono stati gli studi empirici che hanno contribuito alla stima di parametri che favorissero, in termini stessi di policy, la sua computazione. Secondo ISTAT, infatti, con la locuzione “vulnerabilità sociale e materiale” si intende il “vivere in una condizione di incertezza, suscettibile di trasformarsi in vero e proprio disagio economico e sociale⁹”. La vulnerabilità sociale e materiale è intesa, in questo contesto, come quell’insieme di variabili che favoriscono l’esposizione a un rischio per un ente (Comune, Provincia, Regione, Stato, Istituzioni ecc..) e/o per un individuo. In base all’oggetto della ricerca svolta all’interno del progetto SET, prendendo in considerazione la definizione fornita dal WHO (2002), si intende per vulnerabilità sociale “il grado di incapacità di un individuo, di una popolazione o di un’organizzazione di anticipare, di far fronte, di resistere e di riprendersi dall’impatto di un disastro”. Un disastro declinabile con le lacerazioni della

DISCRIMINAZIONE E SERVIZIO SANITARIO

La discriminazione – nella sua interpretazione più ampia - raramente appare di carattere formale e trova riscontro nelle normative vigenti, ma generalmente si tratta di una discriminazione ‘di fatto’ che si esprime nella prassi piuttosto che nella norma. O nella carenza di procedure prestabilite e nell’assenza di informazione e conoscenza da parte chi si prende cura delle persone.

Esiste un problema di comunicazione tra sistema della salute e operatori da un lato, e singoli pazienti stranieri che presentano disforia di genere dall’altro, all’origine della discriminazione in campo sanitario, che si traduce in un minore accesso ai servizi sanitari e in un peggiore esito delle cure tra la popolazione trans. In ambito sanitario è difficile riscontrare discriminazioni dirette ed esplicite, perché spesso sono espresse in modo implicito, informale o indiretto. Per questa ragione è importante far emergere il possibile dato discriminatorio attraverso un’analisi critica delle informazioni raccolte, allo scopo di ottenere la rimozione di gravi fenomeni discriminatori e una maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte delle persone straniere transessuali/transgender che approcciano ai servizi sanitari.

Spesso i piani si confondono, ciò che può apparire come discriminazione

è frutto talora di disservizi del sistema sanitario, mentre è soprattutto sul piano della relazione tra soggetti (operatori e immigrati/transessuali-transgender) che si rilevano casi di attitudini discriminatorie. Il fatto che possa trattarsi anche solo di casi isolati – ma i dati offrono una diversa narrazione – non giustifica il comportamento di chi ha come mission la cura delle persone indipendentemente da appartenenza etnica, dalla religione, dall'orientamento sessuale e dall'identità percepita

TRANSFOBIA E NORMATIVA

[a cura di] **GIOVANNI GUERCIO**

AVVOCATO ESPERTO IN CAMPO LGBT

Il termine *hate crime* (crimine d'odio) viene usato ufficialmente la prima volta dall'OSCE (Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa) nel 2003 per indicare i crimini basati sul pregiudizio, la discriminazione e l'odio generati da fattori quali la razza, l'origine etnica, l'orientamento sessuale, la religione, la condizione sociale, l'appartenenza politica. Il termine *hate speech* (discorso d'odio) viene invece usato per indicare discorsi o manifestazioni del pensiero piene di odio e mirano a screditare una persona o un gruppo di persone sulla base di alcune caratteristiche (come quelle citate prima) non a istigare all'odio nei confronti delle stesse.

Rispetto ai "crimini d'odio" (hate crimes), caratterizzati almeno da un principio di azione violenta, i "discorsi d'odio" (hate speech) individuano una tutela maggiore e più specifica: secondo studi di psicologia sociale, infatti, i discorsi d'odio sono strettamente connessi e necessariamente propedeutici ai crimini d'odio, in quanto consolidano gli stereotipi legati alle categorizzazioni sociali, partecipano alla costruzione e all'alimentazione dei pregiudizi, e influenzano in modo rilevante la percezione sociale di un determinato gruppo. Nel panorama Europeo i crimini d'odio e i discorsi d'odio sono stati ampiamente oggetto di discussione. Nel 2009, infatti, il Consiglio dei ministri dell'Osce ha adottato una decisione con la quale ha invitato tutti gli stati

membri ad adottare misure e sanzioni efficaci contro i crimini e i discorsi d'odio.

Il legame tra discorsi d'odio e crimini d'odio, affermato anche nelle Risoluzioni del Parlamento europeo, imporrebbe dunque una tutela rafforzata mediante il ricorso alla sanzione penale per entrambe le tipologie di reato. All'origine di pregiudizio, discriminazione e odio legati all'orientamento sessuale e all'identità di genere vi sono i concetti di omofobia e transfobia. Il Parlamento Europeo, nella Risoluzione del 18 gennaio 2006, definisce l'omofobia come "una paura e un'avversione irrazionale nei confronti dell'omosessualità e di gay, lesbiche, bisessuali e transessuali (GlbT), basata sul pregiudizio e analoga al razzismo, alla xenofobia, all'antisemitismo e al sessismo" e chiede a tutti i Paesi membri degli interventi urgenti. Anche se le statistiche in materia di hate crimes nei confronti delle persone LGBT sono scarse e la criminalizzazione di queste condotte non riguarda ancora tutti gli stati membri della UE, un report condotto dalla Agenzia Europea per i diritti fondamentali (FRA) dimostra come i crimini commessi in ragione dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere rappresentano un preoccupante fenomeno sociale e la protezione di questi gruppi non ancora sufficiente. Questo vale in particolare per l'Italia.

L'Italia, pur prevedendo una legge che punisce espressamente i crimini e discorsi d'odio, (la cosiddetta legge "Reale-Mancino") ha adottato una formula che non include esplicitamente e implicitamente la tutela delle persone Lgbt. Non esiste neppure alcuna specifica previsione di una aggravante per i reati commessi con movente omofobo.

Quindi, ad oggi ancora in Italia le persone gay, lesbiche, bisessuali e transgender non godono di alcuna specifica protezione prevista dalla legge e, se vittime di violenza, il movente omofobico o transfobico che ha generato

SET-SALUTE

il reato non ha alcuna rilevanza giuridica. Il 19 settembre del 2013, la Camera dei Deputati ha approvato un T.U. in Materia di Contrasto dell’Omofobia e della Transfobia (la cosiddetta legge Scalfarotto) che è poi stato inviato al Senato per lo studio, la discussione, eventuali emendamenti e la votazione. Finché lo stesso testo non verrà approvato in entrambi i rami del Parlamento, non diverrà una legge dello Stato. Questo testo stato molto criticato dalle Associazioni LGBT in particolare per quello che è diventato noto come “emendamento Gitti” che in qualche modo ne riduce la portata e l’efficacia.

Nel resto d’Europa sono diversi i Paesi che hanno già previsto espressamente il reato di omofobia (*incitement of hatred*) e/o una circostanza aggravante della pena legata all’omofobia (*aggravating circumstance*). Tuttavia, anche in assenza di un’apposita normativa che punisca con un reato specifico e/o con una “pena aggravata”, in caso di reati commessi con un movente omofobico o transfobico ogni persona LGBT che ha subito una violenza, una minaccia, un’aggressione o un reato di qualsiasi genere in ragione del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere potrà rivolgersi alle autorità di polizia, denunciare l’accaduto e vedere successivamente tutelati i propri diritti.

Reati tipici a sfondo omofobico o transfobico possono essere, ad esempio: percosse, lesioni personali, ingiuria, diffamazione, violenza sessuale, violenza privata, minaccia, atti persecutori, danneggiamento ed altri ancora. Proprio per prevenire e contrastare i reati connessi al fenomeno della discriminazione la Polizia di Stato italiana ha creato l’OSCAD, Osservatorio per la Sicurezza Contro gli Atti Discriminatori.

LA RICERCA

L'obiettivo è stato quello di analizzare quali fattori sociali, giuridici ed economici favoriscano, o meno, l'accesso alle cure mediche delle persone trans in stato di vulnerabilità.

Al fine di raggiungere il presente obiettivo, l'équipe formata da ALESSANDRA SANNELLA, EMANUELE RAGUSI e DAVID DI DON FRANCESCO afferenti all'Università di Cassino ha approntato un disegno di ricerca che permetta di comprendere le dimensioni attraverso cui la popolazione trans categorizza il proprio diritto di accesso alle cure sanitarie.

La ricerca, sia nelle sue fasi esplorative che analitiche, ha dovuto elaborare diverse strategie che permettessero di superare i *bias* "fisiologici" di un'analisi che abbia come oggetto di indagine le c.d. "popolazioni "non-note"" (CONTATTO e DROP IN CENTRE, 2002). Per ragioni che attengono al rispetto della *privacy* e, più in generale, della tutela dei diritti umani, non esistono registri o elenchi nominativi da cui sia possibile estrarre un campione randomizzato e statisticamente significativo delle persone trans; in questo modo, non si può avere contezza dell'intera popolazione, o meglio, dell'universo. A questo *bias*, si deve aggiungere che la ricerca non si è limitata alla popolazione transessuale e/o transgender, ma ne definisce una porzione

SET-SALUTE

ben specifica, vale a dire coloro che versano in una condizione di vulnerabilità sociale e sanitaria. Riferendoci a questa specifica categoria di agenti sociali, si considerano le persone transgender e/o transessuali che sono vittime di tratta, senza tetto, *sex worker*, detenuti, ex-detenuti, stranieri che, per una buona percentuale di caso, non sono in possesso, al momento del loro arrivo in Italia, di un regolare permesso di soggiorno. Il problema di rilevazione si aggrava dell'impossibilità di stimare i flussi irregolari di migranti, per tanto, la ricerca ha dovuto fronteggiare il problema della rilevazione e della stima dell'universo in questione per proseguire la sua indagine e dare rilevanza scientifica ai risultati a cui si è pervenuti alla fine del presente lavoro.

Altrettanto complessa è stata l'individuazione dello stato dell'arte in relazione all'oggetto dell'indagine. La letteratura sul tema "trans e salute", infatti, si focalizza principalmente sui problemi di accesso alle cure di riassegnazione del genere di elezione, rispetto a quello biologico. Molti studi, sia teorici che empirici, infatti, hanno cercato di analizzare il problema dell'accesso alle cure ormonali, agli interventi di chirurgia plastica ed estetica per favorire il processo di inclusione sociale delle persone trans, nel tentativo di *bypassare* il pregiudizio cui tali persone sono fortemente esposte. Lo stigma, la stereotipizzazione, l'etichettamento con cui le persone trans devono convivere nella società, secondo rilevanti *review* internazionali (White Hugto et al., 2015), ne affliggono lo stato di salute a differenti livelli: il primo è definito "strutturale" e concerne il potere attraverso cui la maggioranza, c.d. "stigmatizzante", esclude, attraverso il sistema delle norme sociali, delle condizioni ambientali, delle opportunità e del benessere, le persone "stigmatizzate". Il sistema binario dell'identità di genere, sul quale molte culture sia occidentali che non si sono edificate, ha favorito quel processo di accre-

scimento di una condizione anomica, sociale e individuale, per le persone cosiddette non-cisgender. Gli interventi normativi operati da diverse legislazioni, per garantire il sostegno psicologico e medico alle persone trans, sono i segni di provvedimenti che hanno cercato di superare la condizione di etichettamento delle minoranze c.d. devianti. Un altro livello di impatto dello stigma sulla salute delle persone trans è definito “interpersonale”, e attiene alla quotidianità e all’insieme delle relazioni che la persona intrattiene con il resto della comunità. Le persone transgender che, visibilmente, sono poco conformi al loro genere di elezione, sono maggiormente esposte a discriminazione e quindi versano in peggior stato di salute rispetto a coloro i quali presentano una maggiore conformità esteriore ed estetica. Secondo gli Autori (2015), le persone trans che non possono permettersi l’accesso alle cure di ri-attribuzione del genere, sia quelle che socialmente hanno effettuato la transizione ma non l’hanno pianificata da un punto di vista medico, sia per quegli individui per i quali gli interventi medici sono meno effettivi per agevolare la conformità di genere, sono maggiormente esposte al rischio di essere stigmatizzate per la loro non conformità, poiché visibile agli altri.

L’ultimo livello è quello “individuale”. Gli effetti dello stigma interpersonale possono avere differente impatto sulle persone transgender: in particolare, per coloro i/le quali sono visibilmente conformi al proprio genere di elezione, il livello di interiorizzazione dello stigma è più lieve; al contrario nelle persone che presentano un livello di stigma interpersonale più vulnerabile, i rischi di interiorizzazione della discriminazione possono avere conseguenze più gravi. L’interiorizzazione della discriminazione sociale e interpersonale sfociano, con maggiore frequenza, in tentativi di suicidio, ma non solo. Secondo Hellman e Klein (2004) la condizione di subire la discriminazione, può portare ad un incremento dell’attività degli stressori che si

SET-SALUTE

traducono in ansia, in depressione e in altre forme patologiche che, se non curate clinicamente, possono portare l'individuo trans alla morte o alla ricerca della stessa.

Sulla base degli elementi raccolti in letteratura e alle difficoltà emerse in fase di ricerca ed elaborazione delle strategie di indagine, si è proceduto alla seguente articolazione delle fasi di studio:

- FASE UNO: interviste a testimoni privilegiati nel settore dell'assistenza alle persone trans in particolare stato di vulnerabilità;
- FASE DUE: conduzione di un focus group con persone trans in stato di vulnerabilità che frequentano il programma di inclusione sociale per comprendere le dimensioni dell'assistenza medico-sanitaria, dell'inclusione sociale e del superamento dello stigma sociale;
- FASE TRE: elaborazione di un questionario e sua somministrazione ad un campione non probabilistico.

FASE UNO

Al fine di comprendere le dimensioni sociali che caratterizzano l'universo trans e, nello specifico, delle persone transgender in stato di vulnerabilità, in prima facie, è stata condotta un'intervista a Carmen Bertolazzi, esperta e impegnata nel campo della tutela delle persone trans più vulnerabili.

Dall'analisi tematica dell'intervista, sono emerse quattro dimensioni principali:

- Le condizioni socio-economiche delle persone trans;
- Il rapporto che le trans hanno con il loro corpo;
- La salute;
- L'accesso e la discriminazione alle cure.

La prima dimensione rileva le caratteristiche principali del target della ricerca: persone trans migranti, MtF (male to female), età compresa tra 18-30 anni, stato di salute sufficientemente discreto, condizione socio-economica umile. Questo elemento, come emerge dall'intervista, risulta essere fondamentale per l'accesso alle cure sanitarie, soprattutto quelle relative alla transizione. Sebbene nei paesi di origine delle ragazze (Brasile, Colombia e Venezuela) la legislazione in materia di inclusione sociale e sanitaria siano per alcuni aspetti (ad esempio le condizioni per un cambio anagrafico) all'avanguardia, la discriminazione, la transfobia, sono molto elevate. Pertanto, in linea con la letteratura internazionale in materia, la dimensione "strutturale" dello stigma, incrementa sensibilmente l'instabilità psico-fisica della persona trans che, necessitando di accedere alle terapie ormonali per superare la condizione di incongruenza biologica con quella identitaria, ricorrono a forme altre di accesso alle cure necessarie quali il "mercato nero degli ormoni" e gli interventi di chirurgia plastica ed estetica clandestini. A favorire, inoltre, l'incremento della vulnerabilità socio-individuale delle trans in oggetto, secondo il resoconto di Carmen Bertolazzi, sono le condizioni economiche in cui versano le persone. Questa situazione acuisce, infatti, il rischio che le persone trans incorrano in situazioni altamente pericolose (essere vittime di tratta, prostituirsi, essere vittima di dipendenze di alcool e droghe etc...) per la loro salute e la loro stessa vita. Il viaggio verso un paese quale l'Italia, rappresenta per loro una possibilità di realizzare se stesse attraverso l'accesso alle cure. Il rapporto con il corpo, quindi, per le persone trans è un punto chiave per comprendere questa parte dell'universo LGBT.

Le condizioni sociali ed economiche, dunque, rappresentano una costante che dirime i percorsi di vita delle persone trans, avendo un impatto

SET-SALUTE

importante sul loro stato di salute psico-fisico. Le terapie ormonali e gli interventi di chirurgia plastica sono degli interventi irreversibili e molto spesso, soprattutto nei soggetti più giovani, incutono un forte scetticismo. Infatti, è nell'età adolescenziale che l'ormonoterapia produce maggiori risultati, provocando, però, la sterilità dell'individuo. Il cambio anagrafico del genere, in relazione all'identità di genere che la persona percepisce, senza necessariamente ricorrere alle terapie e agli interventi, rappresenta una garanzia migliore per la salute delle persone transgender.

L'ultima dimensione emersa dall'intervista è relativa alla discriminazione, vissuta e/o subita relativamente all'accesso alle cure. A livello sanitario, gli strumenti impiegati per l'accesso alle cure anche per le persone trans senza regolare permesso di soggiorno, sono garantite dal cartellino STP previsto dal Sistema Sanitario Nazionale.

Questo permette l'erogazione del servizio medico sanitario generale (escluso quanto concerne il percorso di adeguamento fra identità fisica e psichica). Tuttavia, il diritto all'accesso alle cure può essere sconosciuto o la persona teme l'avvicinamento ad un servizio pubblico in considerazione alla sua situazione giuridica. Ciò spesso porta ad un inasprimento dello stigma sia interpersonale che individuale della persona trans che, per non essere discriminata all'interno delle strutture pubbliche, ricorre, quando è nelle sue possibilità, al sistema sanitario privato, nel migliore dei casi, oppure cade nel "circolo" dell'illegalità per garantirsi le cure necessarie.

FASE DUE

Il Focus group ha rappresentato uno degli strumenti metodologici necessari per comprendere le dimensioni su cui poter orientare il processo di rilevazione e di analisi, attraverso altri strumenti più strutturati, quali il questionario.

nario. In questa fase di ricerca, tre persone trans hanno preso parte al focus group. Tutte e tre presentavano caratteristiche inerenti all'intento della ricerca: inserite nello stesso progetto di assistenza, provengono da paesi di origine differenti dell'America Latina e presentano condizioni sociali ed economiche vulnerabili.

Le dimensioni emerse nell'intervista al testimone privilegiato, sono presenti anche nelle testimonianze fornite dai partecipanti al focus group. La condizione identitaria e le origini sociali diventano fondamentali rispetto alla determinazione del destino sociale delle transessuali (adattamento alle aspettative connesse al ruolo ricoperto; ruolo condizionato dallo stigma sociale e dai pregiudizi individuali). Il desiderio di "diventare donna", collegato ad una condizione sociale di indigenza e di scarsa istruzione del nucleo familiare di origine, espongono gravemente le persone trans a situazioni dannose e rischiose per la loro incolumità e per la loro salute. Guadagnare, attraverso la prostituzione o attraverso lo spaccio di sostanze stupefacenti o di ormoni, sembra essere una condizione necessaria per avviare la transizione e per perseguire il "proprio sogno". Si può assumere che il desiderio di adeguare il proprio corpo alla propria identità di genere, spinge alla ricerca di soldi, e la prostituzione è una via, ma, applicando un ragionamento contro fattuale si può ipotizzare, come emerso anche nel corso della ricerca, che se si disponesse di una capacità economica adeguata non ci sarebbe, forse, motivo di farvi ricorso.

Relativamente alla dimensione "Corpo", gli interventi di modificazione del corpo, nel senso dell'identità di genere sentita, garantiscono maggiori livelli di benessere: a una consapevolezza interiore riferita all'essere donna, si fa corrispondere un cambiamento corporeo: ci si sente in un modo e lo si trasforma nella direzione del modo sentito. Alla consapevolezza interiore,

SET-SALUTE

quindi, si fa corrispondere un cambiamento esteriore (aumentano i livelli di coerenza tra auto-percezione identitaria ed auto-rappresentazione fisica). Inevitabilmente collegato alla percezione corporea delle trans, è il concetto di salute. La transizione si conferma essere una strada lunga e faticosa che si percorre con forte determinazione, instancabilmente: non si tratta di un semplice obiettivo da raggiungere, ma di un sogno da realizzare. Dall'analisi dei contenuti emersi nel focus group, la dimensione salute si sostanzia in due aspetti fondanti: il primo psico-fisico, collegato all'impatto sociale prodotto dall'aspetto estetico ed esteriore, il secondo di natura prevalentemente sociale. In prima battuta l'attenzione è focalizzata sul livello estetico.

Con la trasformazione del fisico, se da una parte le cure ormonali provocano risposte emotive molto accentuate, dall'altra si recupera maggiore sicurezza grazie alla maggiore vicinanza tra auto-percezione di genere e autorappresentazione corporea. In seconda analisi, le trans partecipanti all'indagine percepiscono uno stigma sociale meno pressante in Italia rispetto a quello dei paesi di provenienza. In concreto, un ruolo chiave è svolto dalle associazioni e dai progetti cui le ragazze prendono parte per vedere realizzato il proprio sogno.

L'accesso alle cure fornite dal sistema sanitario nazionale è molto apprezzato dalle partecipanti al focus group; tuttavia si registra la persistenza di discriminazione sessuale e transfobica, principalmente operata dal personale sanitario, in particolar modo dalla categoria infermieristica.

FASE TRE

Sulla base delle informazioni raccolte e delle analisi tematiche condotte, è stato realizzato un questionario articolato in 42 quesiti. Dopo l'elaborazione è stata predisposta una fase pre-test nei mesi di giugno e luglio. La modalità

di somministrazione è stata di tipo face-to-face ed è stato condotto da Francesca Serra, antropologa ed esperta nel campo per l'Associazione onlus Ora d'Aria.

Per l'estrazione del campione di riferimento, non essendo noto l'universo, si è optato per un campionamento non-probabilistico di tipo snowball (Di Franco, 2007).

Il gruppo sperimentale ha una numerosità di 51 individui MtF (N=51), provenienti dall'America Latina, nello specifico il 4% è di origine venezuelana, il 39% è brasiliana e il 57% ha nazionalità colombiana. L'età media del campione è 26 anni. Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 53% delle intervistate ha frequentato almeno 10 anni di scuola, il 27%, invece, ne dichiara solo 5, solo il 20% ha un titolo di studio pari a 15 anni di frequenza scolastica. Per quanto riguarda il livello medio di anni scolastici frequentati dai loro genitori, si attesta, in media, un basso livello di istruzione: sia le madri (53%) che i padri (63%) hanno concluso un primo quinquennio scolastico.

Un altro elemento strutturale, importante ai fini della rilevazione, è quello relativo al permesso di soggiorno: il 55% delle rispondenti dichiara, al momento dell'intervista, di essere in possesso di un'autorizzazione a risiedere legalmente in Italia, ma in realtà si tratta di un permesso di soggiorno temporaneo e a termine concesso a chi fa richiesta dello status di rifugiato, il cui esito non è scontato, anzi, soprattutto in considerazione dei recenti cambiamenti normativi. Per l'indagine è utile sapere che questo permesso di soggiorno permette l'accesso a tutti i servizi sanitari, ma risulta essere una informazione sconosciuta alla maggioranza. Le restanti dichiarano, per il 96%, di non averne mai avuto uno regolare anche nel passato. Le persone trans presentano una condizione sociale ed economica molto vulnerabile. Il

SET-SALUTE

60%, infatti, non ha un'occupazione, solo 7 ragazze hanno un lavoro dipendente. Non sono esplicitate, nel questionario, le ragioni che impediscono alle intervistate con il permesso provvisorio di accedere al mercato del lavoro, tuttavia, dalla letteratura e dagli studi di caso si può formulare l'ipotesi che la transizione stessa possa essere la causa principale che ne ostacolerebbe l'ingresso. La precarietà nella sfera lavorativa delle intervistate, si ripercuote anche sulla loro condizione abitativa: infatti, il 57% dichiara di vivere con amici, e solo il 23% è in grado di potersi permettere un canone di locazione.

Sulla base delle variabili strutturali del questionario, sin qui analizzate, il gruppo sperimentale risulta essere fortemente esposto ad un elevato rischio sociale e sanitario: è composto esclusivamente da persone extra-UE e si presenta, per il 50% circa, come persone richiedenti asilo il che non esclude ovviamente che siano vittime di tratta e sfruttamento, sex worker, dedite a traffici illeciti o ex detenute mentre le altre si dichiarano sex worker (19%) e vittime di tratta (25%); le persone trans intervistate versano in una condizione socio economica altamente vulnerabile, hanno un livello di istruzione medio basso e non riconosciuto dal nostro ordinamento giuridico, le loro famiglie appartengono principalmente alle classi sociali meno abbienti. Questa condizione sociale accentua lo stigma strutturale, interpersonale e individuale. Questa situazione, se posta in relazione con la dimensione fisico-estetica e psico-fisica, ci pone nella condizione di comprendere quanto per le partecipanti all'indagine la salute, intesa in questo contesto come accesso alle cure medico-sanitarie ordinarie (visite di medicina di base e non specialistiche della loro condizione di trans), possa costituire o meno un problema per il loro diritto di accesso alla salute. Secondo le intervistate, alla domanda 2 del questionario (Tab.1), la salute risulta essere un diritto (33%) e un privilegio (16%). Quindi per le persone trans, che per il 98% condivi-

dono la definizione di salute fornita dal WHO¹⁰ (D.1), la salute costituisce un elemento importante per la loro vita che, malgrado le difficoltà di inclusione in un nuovo contesto sociale, percepiscono, per il 56% (D.6.3) come non essergli mai stato negato dalle Istituzioni, contro il 44% che, al contrario, crede di aver subito una negazione di questo diritto.

TAB. 1 FREQUENZE ASSOLUTE E RELATIVE
SU COSA SI INTENDA PER SALUTE

		Risposte	
		N	Percentuale (%)
La salute è ⁹	Diritto	39	32,8
	Privilegio	19	16,0
	Opportunità	16	13,4
	Obiettivo a cui tendere	3	2,5
	Benessere economico	7	5,9
	Benessere sociale	17	14,3
	Benessere psicologico	18	15,1
TOTALE		119	100

Fonte: Elaborazione degli autori con SPSS su dati indagine. Il totale si riferisce al numero totale di risposte pervenute in quanto la domanda 2 prevedeva più di un'opzione di risposta.

Tale negazione è percepita, infatti, dalla difficoltà con cui le intervistate si interfacciano, ad esempio, nel reperire informazioni utili sulle infezioni sessualmente trasmissibili (ITS). Come emerge dalla Tab. 2, infatti, persiste ancora un grado di diffidenza verso alcune figure professionali del settore sanitario, con l'eccezione dei medici (21%). Il principale veicolo di informazione resta internet (22%), seguito poi dal "passa-

9 Per Salute si intende stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

SET-SALUTE

parola” con gli amici. Tra le cause principali di questi risultati, il bias linguistico è, con molta probabilità, uno dei fattori principali.

TAB.2 DOVE SI RACCOLGONO LE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE ITS (D.7.1)

D.7.1 Da chi/che cosa ha ricevuto informazioni sulle ITS?

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
Amici	27	15,4
Parenti	5	2,9
Radio/TV	8	4,6
Riviste/Giornali	4	2,3
Social	7	4
Blog	6	3,4
Internet	39	22,3
Assistente sociale	8	4,6
Medico	36	20,6
Psicologo	7	4
Partner	3	1,7
Colleghi	5	2,9
Ho cercato da solo	20	11,4
TOTALE	175	100

Fonte: Elaborazione degli autori con SPSS. La D.7.1 prevedeva più opzioni di risposta.

Tale negazione è percepita, infatti, dalla difficoltà con cui le intervistate si interfacciano, ad esempio, nel reperire informazioni utili sulle infezioni sessualmente trasmissibili (ITS). Come emerge dalla Tab. 2, infatti, persiste ancora un grado di diffidenza verso alcune figure professionali del settore

sanitario, con l'eccezione dei medici (21%). Il principale veicolo di informazione resta internet (22%), seguito poi dal "passa-parola" con gli amici. Tra le cause principali di questi risultati, il bias linguistico è, con molta probabilità, uno dei fattori principali.

TAB.3 STRUTTURE SANITARIE CUI LA PERSONA TRANS
SI RIVOLGE IN CASO DI BISOGNO

D.9 Quando non stai bene o hai bisogno di un effettuare un controllo del suo stato di salute, in quale posto ti rechi con maggiore frequenza?

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
Ambulatori per migranti	4	4,4
Ambulatori per stranieri	2	2,2
Automedicazione e autodiagnosi	1	1,1
Clinica Privata	1	1,1
Consultazione Internet	11	12,1
Farmacisti	15	16,5
Medici e curatori tradizionali	1	1,1
Medici di famiglia	11	12,1
Medico privato	2	2
Ospedale	43	47,3
TOTALE	91	100

Nella domanda 10 del questionario è stato chiesto alle persone trans di rispondere se si fossero recate o meno in strutture sanitarie italiane, per controlli medici che non attenessero al percorso di transizione. Il 69% delle intervistate si è espresso per il "Sì". Il dato interessante è il grado di accoglienza percepito all'interno di queste strutture (Tab. 4). Il dato dimostra, ancora una volta, che i medici, sono le figure professionali "più accoglienti"

SET-SALUTE

per le intervistate, seguiti dal personale dei laboratori analisi. Le difficoltà persistono, invece, nella fase di ricovero, dove la burocrazia del sistema si scontra con la percezione che le trans hanno di se stesse in relazione al loro genere di elezione. Il gradiente di accoglienza, infatti, decresce rapidamente man mano che ci si sposta sia nei reparti che nelle sale di aspetto. Il dato sembra evidenziare la differenza che intercorre nel grado di preparazione e di istruzione che caratterizza le diverse figure professionali con cui le persone trans intervistate si interfacciano.

TAB.4 PERCEZIONE ACCOGLIENZA STRUTTURE SANITARIE E/O PERSONALE SANITARIO ITALIANE/O

D.11 Servizio dedicato agli stranieri in ospedale Se sì, dove ti sei sentito accolto?

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
All'accoglienza in PS	31	12,1
Dal personale infermieristico	32	12,5
Dal personale medico	35	13,7
Ricevere le informazioni in merito gli esami diagnostici	28	10,9
Nel ricovero in ospedale	15	5,9
Sala di aspetto del laboratorio di analisi	33	12,9
Sala di aspetto del Pronto Soccorso	28	10,9
Quando mi è stato spiegato il consenso informato	14	5,5
Nel reparto femminile	6	2,3
Nel reparto maschile	2	8
TOTALE	256	100

a. Gruppo a dicotomie incluso nella tabella al valore1.

Il 70% del gruppo sperimentale, sostiene di essersi sentito vittima di discriminazione all'interno di strutture sanitarie italiane (D.13), e per il 79% tale violenza sarebbe avvenuta all'interno di un ospedale (D.13.1). Le intervistate dichiarano di essersi trovate nella condizione di dover spiegare ad altre figure sanitarie professionali come assistere e curare persone trans (23%).

TAB.5 ESPERIENZE DELLE PERSONE TRANS NEI CONFRONTI DELLE CURE MEDICHE

D.14 Ho rinviato o ho evitato di fare controlli o altre forme di prevenzione per paura di subire discriminazioni Hai mai vissuto una della seguenti situazioni?

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
– Ho rinviato o ho evitato di fare controlli o altre forme di prevenzione per paura di subire discriminazioni	4	3,8
– I medici si sono rifiutati di trattarmi medicalmente perché trans	8	7,6
– Gli operatori sanitari si sono rifiutati di trattarmi medicalmente perché trans	14	13,3
– Mi sono trovata nella situazione di dover dire al mio medico come trattare le persone trans per ricevere cure adeguate	17	16,2
– Mi sono trovata nella situazione di dover dire agli altri operatori sanitari come trattare le persone trans per ricevere cure adeguate	24	22,9
– Mi sono trovata nella situazione di rifiutare ricovero in ospedale per paura di subire discriminazioni da parte di altri pazienti e/o assistiti	7	6,7

SET-SALUTE

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
— Il personale sanitario mi ha fatto domande non appropriate di carattere sessuale	21	20
— Il personale sanitario mi ha fatto delle avances	10	9,5
TOTALE	105	100

Le informazioni estratte dal questionario, mostrano, quindi, una situazione molto complessa, di diffidenza e di pregiudizio da parte delle intervistate nei confronti del personale sanitario. Questi risultati, permettono di formulare delle ipotesi che attengono principalmente alla formazione del personale medico e infermieristico, operanti nelle strutture pubbliche di competenza.

L'assenza di protocolli specifici, che permettano al paziente trans di sentirsi pienamente a suo agio nell'istaurazione di un rapporto con una figura medica e sanitaria, è un elemento che emerge dalle interviste presenti all'interno di questa indagine. Esplorare questa dimensione, per comprendere il nesso di causalità tra la scelta operata da una paziente trans che preferisce internet, gli amici, o altre figure alle istituzioni competenti, pone seri interrogativi sulle policy attuate all'interno delle stesse strutture operative.

Durante il ricovero ospedaliero, l'88% delle intervistate (D.16) sostiene di aver assistito ad episodi di discriminazione. Dalla Tab. 6 si evince, che la principale categoria oggetto di discriminazione all'interno delle strutture ospedaliere, sono proprio le persone trans (29%), seguite, dai migranti (25%), dagli omosessuali e dai richiedenti asilo/rifugiati. L'evidenza empirica mostra come le categorie sociali maggiormente vulnerabili, siano proprio quelle che presentano una maggiore difficoltà nel processo di inclusione sociale.

TAB.6 CATEGORIE SOCIALI OGGETTO DI DISCRIMINAZIONE

D.16.1 Se sì, potresti indicarci quali categorie sociali sono state oggetto di discriminazione?

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
Disabili	9	7,3
Donne	1	0,8
Migranti	31	25,2
Omosessuali	22	17,9
Richiedenti asilo/ Rifugiati	20	16,3
Trans	36	29,3
Uomini	3	2,4
Altro	1	0,8
TOTALE	123	100

a. Gruppo a dicotomie incluso nella tabella al valore1.

Tuttavia, analizzando le cause alla base di questi comportamenti/azioni discriminatori/e, le ragioni addotte dalle intervistate risiedono, principalmente, nella questione di identità e di orientamento sessuale, seguita poi da quella etnica (Tab. 7). L'identità di genere e la differente nazionalità, con gli stereotipi ad esse collegati, contribuiscono fortemente alla tesi di fondo della presente indagine, che vede da un lato le trans concentrarsi principalmente sulla questione identitaria, sia per vedere realizzato il "proprio sogno" che per facilitare il superamento di una condizione di marginalità, e dall'altra quella del personale medico e sanitario che, non sempre, è in grado di comprendere le esigenze di determinate categorie di pazienti, quale quelle delle rispondenti. Se da un lato le ragioni di tale condotte sono da riscontrare in questioni che attengono più alla condizione socio-economica e allo status del paziente, dall'altro è necessario valutare gli autori di queste condotte di-

SET-SALUTE

scriminatorie. Secondo le 51 trans partecipanti allo studio pilota, i principali responsabili di questi comportamenti sarebbero gli infermieri (34%), seguiti dai pazienti ricoverati all'interno delle strutture sanitarie (26%) e da "altri operatori" (23%). Il personale medico, gli psicologi e gli assistenti sociali, invece, presentano una percentuale inferiore. Questo risultato rafforza ulteriormente l'ipotesi a sostegno di un gap nella formazione del personale infermieristico e sanitario. Il dato relativo ad altri pazienti, invece, è sintomo di quella cultura che tende a stigmatizzare le minoranze, soprattutto se esse differiscono per identità di genere ed etnica.

TAB.7 CATEGORIE SOCIALI OGGETTO DI DISCRIMINAZIONE

Le cause dei comportamenti discriminatori in strutture ospedaliere

Cause Discriminazione	Risposte	
	N	Percentuale (%)
Condizione socio-economica	38	21,1
Orientamento Sessuale	44	24,4
Genere	44	24,4
Etnia	42	23,3
Altro	12	6,7
TOTALE	180	100

a. Gruppo a dicotomie incluso nella tabella al valore1.

I risultati mostrano, quindi, la necessità di un intervento teso a colmare le lacune presenti nei processi di formazione accademica e professionali operanti nel settore, ma non solo. Nella domanda 21 del questionario, infatti, è stato richiesto alle intervistate di esprimere la propria opinione relativamente agli interventi che esse reputassero necessari per il miglioramento della loro condizione all'interno delle strutture ospedaliere. L'evidenza em-

pirica (Tab.8) ha mostrato che le intervistate si sono espresse con una certa omogeneità su tutte le proposte di intervento suggerite nel questionario. Le ragioni, si può ipotizzare, derivino dall'esperienza vissuta e tramandata che implica, inevitabilmente, l'incremento delle risorse per garantire il rispetto del proprio diritto alla salute.

TAB.8 PROPOSTE PER MIGLIORE L'ACCOGLIENZA DELLE PERSONE TRANSESSUALI

D.21 Come credi si possa migliorare l'accoglienza nelle strutture sanitarie per le persone transessuali?

	Risposte	
	N	Percentuale (%)
— Con una specifica formazione medica sull'identità di genere e sessuale	49	15,1
— Con una specifica formazione medica sull'identità di genere e sessuale	49	15,1
— Con una specifica formazione medica sulle questioni migratorie	39	12
— Con una specifica formazione infermieristica sull'identità di genere e sessuale	49	15,1
— Con una specifica formazione infermieristica sulle questioni migratorie	42	13
— Attraverso apposite campagne di sensibilizzazione	45	13,9
— Con apposite segnaletiche in lingua specifiche politiche che facilitino l'inclusione sociale	46	14,2
— Con l'intensificazione dei collegamenti tra servizi sanitari e associazioni		

SET-SALUTE

	N	Percentuale (%)
per migranti e per persone LGBT	47	14,5
— Con appositi orari dedicate a specifiche categorie sociali (migranti, LGBT)	7	2,2
TOTALE	324	100

ALCUNE RACCOMANDAZIONI

- Fare attenzione al genere percepito e non a quello anagrafico, rispettare chi si ha di fronte indipendentemente dalle convinzioni personali
- Chiamare le persone con il nome con il quale si presentano, al di là dell'aspetto fisico e del nome registrato sui documenti
- Durante la visita rispettare il genere con cui si sono presentate le persone, al di là del sesso biologico ed usare sensibilità durante le visite e chiarezza per le spiegazioni mediche. Nelle prescrizioni, tener conto della loro condizione economica
- Rispettare il genere percepito anche in caso di ricovero, le persone MtF (dal maschile al femminile) o FtM (dal femminile al maschile) non desiderano essere inserite in reparti maschili o femminili
- Le persone transessuali in stato di vulnerabilità possono essere vittime di violenza e di soprusi. Se emergono dei segnali durante il colloquio e la visita, consigliare loro di rivolgersi ad associazioni LGBTI e a Sportelli di sostegno
- Servono informazioni su come tutelare la propria salute soprattutto in condizioni di vita precarie e difficili. E' importante fornire loro dei consigli basilari. Se la comprensione è difficile, cercare una mediatrice linguistica e possibil-

mente anche una operatrice pari (In caso di casi gravi chiedere alle associazioni Trans e alle associazioni che offrono supporto sociale, come l'Ass. onlus Ora d'Aria)

— Fornire loro informazioni sulle malattie sessualmente trasmissibili e inviarle nei Centri pubblici specializzati

— Molte persone trans in stato di vulnerabilità o hanno interrotto le cure ormonali o li usano accedendo al mercato illegale. Spiegate loro i rischi, e inviate ad un centro di endocrinologia pubblico

— In molte Regioni esistono dei centri di riferimento per le persone trans. Tenete presso di voi l'indirizzo del Centro della Regione di Riferimento e fornite loro l'informazione

— È necessario organizzare incontri, corso, seminari di formazione e aggiornamento sulla tematica specifica anche all'interno delle strutture sanitarie (ospedaliere e ambulatoriali). Le associazioni Trans e i centri specializzati potranno offrire un contributo, anche gratuitamente

GLOSSARIO

[tratto da] *TRASFORMARE I LUOGHI DELLA DETENZIONE*,
EDITORIALE SCIENTIFICA,
[a cura di] **CARMEN BERTOLAZZI, PORPORA MARCASCIANO,**
PAOLO VALERIO

ADEGUAMENTO DEI CARATTERI SESSUALI

L'art. 3 della legge n. 164 del 1982 recita: "Il Tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza". L'adeguamento chirurgico dei caratteri sessuali deve essere autorizzato con sentenza in quanto comporta l'asportazione degli organi della riproduzione che, in assenza di patologie organiche che la giustificano, è vietata nell'ordinamento giuridico italiano perché lesiva dell'integrità della persona.

BISESSUALITÀ

Complesso delle caratteristiche personali e dei fenomeni relativi alla scelta di vivere relazioni affettive, di intimità e sessuali con partner sia del proprio che dell'altro sesso biologico. La bisessualità non coinvolge l'identità di genere; la persona vive in modo soddisfacente la propria appartenenza al genere maschile o femminile.

DISCRIMINAZIONE

Trattamento non egualitario che un individuo o un gruppo di persone subiscono poiché appartenenti ad una specifica categoria identitaria o sociale. Tali categorie sono trattate in maniera diversa dalla maggioranza senza una giustificazione razionale ed eticamente valida.

DISFORIA DI GENERE (DG)

Il termine transessualismo continua ad essere utilizzato nel linguaggio comune; nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-IV (1994), il termine non è più presente e la condizione transessuale è definita come “Disturbo dell’Identità di Genere” (DIG) e compresa nella classe “Disturbi della Sessualità e dell’Identità di Genere”. L’elemento che accomuna le categorie nosografiche – transessualismo (DSM-III, 1980) e DIG (DSM-IV, 1994) – è il malessere attuale e il desiderio della persona protratto nel tempo di intervenire per adeguare alla propria identità di genere alcune caratteristiche corporee, sessuali e i propri dati anagrafici. Nel DSM-V (2013) la DIG è catalogata a se stante, il disturbo è strettamente legato alla sofferenza provata dagli individui il cui sesso assegnato alla nascita non corrisponde al genere percepito.

DRAG QUEEN/DRAG KING

Uomo che si veste da donna (queen) o donna che si veste da uomo (king), accentuandone le caratteristiche con finalità artistiche, ludiche o satiriche

SET-SALUTE

MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DSM)

È uno dei sistemi nosografici dei disturbi mentali più utilizzato al mondo. È infatti utilizzato da medici, psichiatri e psicologi e consente una comunicazione efficace ed uniforme tra i professionisti.

ETEROSESSUALITÀ

Complesso delle caratteristiche personali e dei fenomeni relativi alla scelta di vivere relazioni affettive, di intimità e sessuali con partner dell'altro sesso biologico.

GAY

Uomo omosessuale (il termine viene usato anche per indicare le donne omosessuali nei Paesi di lingua anglosassone). Etimologicamente il termine di lingua inglese significa 'colorato', in quanto è stato arbitrariamente associato ad una presunta inclinazione delle persone omosessuali a stili di vita festosi, edonisti e bucolici

GENDER VARIANT

In italiano: varianze di genere. Tale termine indica, in un'ottica de-patologizzante, l'esistenza di numerose varianze di genere, al di là della classica dicotomia che considera i generi esistenti solamente due: maschile e femminile. Le persone gender variant sono persone la cui modalità di espressione del genere differisce da ciò che ci si aspetterebbe da loro in base al sesso biologico a cui vengono assegnati alla nascita.

GENERE

Mutuato dalla retorica e dalla filosofia, il termine è in uso dalla seconda metà del secolo scorso anche nell'ambito delle scienze psicologiche e sociali per indicare l'identità e il ruolo di un soggetto in relazione alle categorie di "maschile" e "femminile". Se con il termine "sesso" si vuole denotare l'appartenenza a una categoria biologica e genetica (maschio/femmina), il concetto di genere (e di "identità di genere") sposta il riferimento sul piano dell'esperienza psicologica, culturale e inevitabilmente politica delle categorie di maschile e femminile. Il genere è dunque una rappresentazione sociale che indica le credenze culturali e le aspettative sociali sull'uomo e sulla donna e, di conseguenza, ha un carattere acquisito e non innato. Ciò che comunemente si intende con identità di genere riguarda il senso soggettivo di appartenenza alle categorie di maschio o femmina (in altri termini la percezione di sé come maschio o femmina), mentre con ruolo di genere si intende l'espressione esteriore, sociale e culturale dell'identità di genere. I concetti di identità di genere e di ruolo di genere non sono sovrapponibili.

IDENTITÀ DI GENERE

Il termine "identità" indica il vissuto personale di esistere nel tempo, continuando ad essere se stessi malgrado i cambiamenti che avvengono durante l'intero arco di vita. Dal punto di vista psicofisiologico si definisce identità quel processo dinamico di corrispondenza tra esperienza sensoriale, rappresentazione del corpo presente a livello cerebrale e rappresentazione di sé. L'"identità di genere" è una delle componenti fondamentali del processo

SET-SALUTE

di costruzione dell'identità. Il termine si riferisce al vissuto di appartenenza ad un genere o all'altro, maschile o femminile, o in modo ambivalente ad entrambi. Tale appartenenza può esprimersi quindi con vissuti e comportamenti corrispondenti o non corrispondenti al sesso biologico. Il soggetto può vivere la non corrispondenza in modo ambiguo, ambivalente o lineare al punto da non riconoscersi appartenente al proprio sesso biologico e/o riconoscersi e desiderare di appartenere all'altro sesso.

INTERSESSUALITÀ

Condizione della persona che, per cause genetiche, nasce con i genitali e/o i caratteri sessuali secondari non definibili come esclusivamente maschili o femminili. Dal 2006 questo termine è stato bandito e sostituito dalla dicitura Disorders of sex development – DSDs, che definisce le condizioni di anomalie dei cromosomi sessuali, delle gonadi e dei genitali interni e/o esterni

ITER DI ADEGUAMENTO

Percorsi che l'utente transessuale/transgender concorda con gli operatori sanitari per trovare una risposta adeguata alle proprie problematiche di genere. Le linee guida dei percorsi sono riassunte negli Standard approvati dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere.

LESBICA

Donna omosessuale.

LGBT

Acronimo di origine anglosassone utilizzato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender. A volte si declina anche come LGBTIQ, comprendendo le persone che vivono una condizione intersessuale e il termine queer.

MINORITY STRESS

Stress cronico vissuto dalle minoranze sessuali, così come dagli altri gruppi minoritari, causato dalla continua stigmatizzazione sociale. La premessa è che tutte le condizioni sociali caratterizzate da pregiudizio, rifiuto e discriminazione rappresentano dei fattori stressanti che causano il vissuto del minority stress. Esso è unico poiché rappresenta uno stress additivo ai fattori di stress generali vissuti da tutte le persone quotidianamente; cronico, perché collegato a delle strutture sociali e culturali relativamente stabili ed indipendenti dall'individuo; socialmente basato, poiché deriva da processi sociali, istituzionali e strutturali, anch'essi indipendenti dall'individuo. Il minority stress assume le seguenti forme: 1) eventi e condizioni stressanti esterni ed oggettivi, cronici ed acuti (violenze subite); 2) aspettative che questi eventi accadano a sé e vigilanza (stigma percepito); 3) occultamento del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere e 4) interiorizzazione degli atteggiamenti negativi della società (omofobia e/o transfobia interiorizzata).

SET-SALUTE

OMOSESSUALITÀ

Complesso delle caratteristiche individuali e dei fenomeni relativi alla scelta di un essere vivente (umano e non) di vivere relazioni affettive, intime e sessuali con partner del proprio sesso biologico. La persona omosessuale vive in modo soddisfacente la propria appartenenza al genere maschile o femminile e, anche quando sono presenti modalità espressive che comunemente vengono attribuite all'altro sesso, l'individuo non ha alcuna intenzione di intervenire per modificare i propri caratteri ed attributi sessuali. Su invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1974 i membri dell'American Psychiatric Association (APA) hanno deciso di eliminare l'omosessualità dall'elenco dei disordini mentali e tale termine è stato eliminato anche dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali a partire dalla terza edizione (DSM-III, 1980).

OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IDENTITÀ DI GENERE (ONIG)

L'ONIG è un', associazione italiana nata nel 1998 che, per statuto, “si propone di favorire il confronto e la collaborazione di tutte le realtà interessate ai temi del transgenderismo e del transessualismo al fine di approfondire la conoscenza di questa realtà a livello scientifico e sociale e promuovere aperture culturali verso la libertà di espressione delle persone transessuali e transgender in tutti i loro aspetti”. Per approfondimenti: www.onig.it.

ORIENTAMENTO SESSUALE

Caratteristica dell'individuo che indica l'attrazione sessuale e affettiva indirizzata verso persone dello stesso sesso (omosessualità),

del sesso opposto (eterosessualità), di entrambi (bisessualità), o di nessuno (asessualità)

OUTING

Espressione usata per indicare la rivelazione dell'omosessualità di qualcuno da parte di terze persone senza il consenso della persona interessata. Il movimento di liberazione omosessuale ha utilizzato a volte l'outing come pratica politica per rivelare l'omosessualità di esponenti pubblici (politici, rappresentanti delle Chiese, giornalisti) segretamente omosessuali, che però assumono pubblicamente posizioni omofobe. Questa espressione è spesso confusa con quella di coming out.

PREGIUDIZIO

Valutazione solitamente negativa di una categoria di persone basata su massicce generalizzazioni e sull'attribuzione di una caratteristica specifica ad una persona o ad un gruppo ancor prima di conoscerla. Esso nasce a causa dell'opera di due meccanismi sociali: 1) la categorizzazione, ovvero la creazione di categorie entro cui collocare le informazioni provenienti dall'ambiente, strategia di semplificazione della percezione della realtà che classifica i vari aspetti di un fenomeno sotto un unico concetto; 2) la generalizzazione, ovvero l'estensione di quell'aspetto a tutti gli elementi di un gruppo.

PRIDE

Espressione che indica la manifestazione e le iniziative che si svolgono ogni anno in occasione della Giornata mondiale dell'orgoglio

SET-SALUTE

LGBT, nei giorni precedenti o successivi alla data del 28 giugno, che commemora la rivolta di Stonewall (28 giugno 1969). I cosiddetti moti di Stonewall furono una serie di violenti scontri fra persone transgender e omosessuali e la polizia a New York. La prima notte degli scontri fu quella di venerdì 27 giugno 1969, quando la polizia irruppe nel locale chiamato Stonewall Inn, un bar gay in Christopher Street, nel Greenwich Village. Stonewall (così è di solito definito in breve l'episodio) è generalmente considerato, da un punto di vista simbolico, il momento di nascita del movimento di liberazione LGBT moderno in tutto il mondo.

QUEER

Termine inglese (per “strano”, “insolito”) che veniva usato in senso spregiativo nei confronti degli omosessuali. Ripreso più recentemente in senso politico/culturale e in chiave positiva per indicare tutte le sfaccettature dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, rifiutandone al tempo stesso le categorie più rigidamente fissate ancora presenti nel termine LGBT e rivendicandone il superamento.

Negli anni Novanta le stesse persone etichettate come queer si sono riappropriate del termine, utilizzandolo in positivo per sancire la propria estraneità da identità fisse, categorie precostituite e logiche dicotomiche tipo etero-sessuale/omosessuale, maschile/femminile. Oggi è usato in senso ampio per indicare tutte le soggettività non etero-sessuali.

REAL LIFE EXPERIENCE

(esperienza di vita nel ruolo adeguato al genere scelto)

Questa espressione, ripresa dalla letteratura ed utilizzata nel linguaggio usuale, tende ad indicare un momento essenziale per la verifica delle motivazioni ed aspettative della persona interessata al percorso, prima di dar luogo a procedure medico-chirurgiche irreversibili. Nell'ambito della relazione terapeutica e in accordo con l'équipe, lo psicoterapeuta e l'utente pianificheranno un tempo congruo, per periodo e durata, comunque non inferiore ad un anno. Il passaggio alla riattribuzione chirurgica di sesso (RCS) avverrà su parere concorde dei diversi operatori.

RIATTRIBUZIONE ANAGRAFICA

Con questo termine, si fa riferimento a quanto nella legge n.164/1982 viene definito "rettificazione di attribuzione di sesso" che avviene con la modifica dei dati personali (nome proprio e sesso attribuito alla nascita) nei registri dell'anagrafe a cui si è iscritti. La variazione risulta solo nell'atto di nascita integrale. Tutti gli altri certificati (usualmente richiesti per concorsi, passaporto, etc.) riportano esclusivamente i nuovi dati personali.

RIATTRIBUZIONE CHIRURGICA DI SESSO (RCS)

Questa dizione, traduzione dell'espressione inglese Sex Reassignment Surgery (o SRS), è costantemente utilizzata nella letteratura internazionale, ma non dal nostro legislatore.

SET-SALUTE

RUOLO DI GENERE

Modalità con cui, attraverso i comportamenti verbali e non verbali, si esprime a se stessi e agli altri il genere, maschile o femminile, cui si sente di appartenere. Recentemente è stato sostituito con l'espressione 'doing gender' ossia 'fare il genere', per sottolineare che i ruoli di genere non sono biologicamente predeterminati (l'uomo provveditore e la donna curatrice), ma socialmente e culturalmente acquisiti

SESSO

Le caratteristiche biologiche e anatomiche del maschio e della femmina determinate dai cromosomi sessuali.

STIGMA

Fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa ad un membro o ad un gruppo di una comunità tale da declassarlo ad un rango inferiore. Esso viene costruito in quattro fasi: 1) scelta delle differenze che possono essere utilizzate per discriminare gli individui; 2) attribuzione degli stereotipi negativi a queste categorie artificiali; 3) distinzione tra stigmatizzati e non-stigmatizzati e 4) perdita di status per l'individuo stigmatizzato.

TRANSESSUALE

Persona che sente in modo persistente di non appartenere al sesso biologico assegnato alla nascita e, per questo, compie un percorso di transizione verso il genere sentito. Il termine si declina al femminile ("la" transessuale) per indicare persone di sesso biologico ma-

schile che sentono di essere donne (MtoF – Male to Female) e al maschile (“il” transessuale) per indicare persone di sesso biologico femminile che sentono di essere uomini (FtoM - Female to Male).

TRANSESSUALISMO

Termine entrato nell’uso corrente per indicare la condizione esistenziale di persone con identità di genere non congruente con il proprio sesso biologico. Nella maggior parte delle persone transessuali si riscontra il desiderio profondo ed attuale di modificare alcune caratteristiche corporee e di cambiare i propri dati anagrafici (nome proprio e sesso anagrafico alla nascita), adeguandoli al genere cui sentono di appartenere. Diverse attiviste LGBT rifiutano l’uso di questa etichetta, in favore di espressioni meno patologizzanti, tipo percorsi di transizione, ecc.

TRANSFOBIA

Il pregiudizio, la paura e l’ostilità nei confronti delle persone transessuali e transgender (e di quelle viste come trasgressive rispetto ai tradizionali ruoli di genere) e le azioni che da questo pregiudizio derivano. La transfobia può portare ad atti di violenza nei confronti delle persone transessuali e transgender. Il 20 novembre è riconosciuto a livello internazionale come il Transgender Day of Remembrance (T-DOR) per commemorare le vittime della violenza transfobica, in ricordo di Rita Hester, il cui assassinio nel 1998 diede avvio al progetto Remembering Our Dead.

SET-SALUTE

TRANSFOBIA INTERIORIZZATA

Forma di transfobia spesso non cosciente, risultato dell'educazione e dei valori trasmessi dalla società, di cui a volte sono vittima le stesse persone transessuali.

TRANSGENDER

Persona che travalica ruoli, atteggiamenti e aspettative legati al proprio genere, pur mantenendo inalterato il proprio sesso biologico. Opponendosi a un'idea restrittiva e precostituita di identità di genere, mette in crisi il binarismo maschile/femminile e ne svela il carattere di costruzione storico-culturale. È una persona transgender chiunque non si ritrovi nelle categorie di genere socialmente accettate.

TRANSGENDERISMO

Il termine si riferisce alla realtà di persone che vivono un'identità di genere non congruente con il proprio sesso biologico. La persona esprime tramite comportamenti e relazioni interpersonali il proprio sentirsi uomo o donna al di là della propria struttura anatomica e senza dover essere costretta ad omologazioni legate al genere. (idem come transessualismo).

TRAVESTITISMO

Il travestirsi (o cross-dressing), può avere diversissime connotazioni, al di là di un'ipotetica accezione erotica. C'è chi si traveste per lavoro (cabaret), per satira (anche politica), per provocazione o semplicemente per recita (nella tragedia greca, anche i ruoli fem-

minili vennero interpretati da uomini, per appunto travestiti con abiti femminili).

TRAVESTITO

Persona che abitualmente indossa abiti del sesso opposto, indipendentemente dal proprio orientamento sessuale o identità di genere.

VIOLENZA ANTI-TRANSGENDER

Violenza agita a danno delle persone transessuali/transgender. Per violenza si intende un doppio livello: quello interpersonale, ovvero relativo alla famiglia d'origine, al posto di lavoro, ecc. e quello istituzionale, relativo alle istituzioni che, solitamente, non considerano la possibilità di inserimento di una persona transessuale/transgender.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH)

Associazione no profit fondata nel 1977 che si occupa a livello internazionale della salute psico-fisica delle persone transessuali e transgender, e riunisce a livello internazionale operatori e servizi interessati allo studio e alle applicazioni cliniche relative alle disforie di genere. L'organizzazione ha redatto nel 1979 i primi Standards of care - the hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoria persons, oggi alla settima edizione (SOC - Version 7). Per approfondimenti: www.wpath.org.

SET-SALUTE
TRANSESSUALITA' / TRANSGENDERISMO
PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE PERSONE
MIGRANTI TRANS IN PARTICOLARE STATO DI **VULNERABILITA**