



Oltre gli stereotipi di genere

Verso nuove relazioni di diagnosi e cura

Quaderno ad uso dei professionisti della salute

2016

Idea redazionale di

Annalisa Felletti

Assessora

Pari Opportunità, Pubblica Istruzione, Formazione
Cooperazione Internazionale e Politiche per la Pace
Comune di Ferrara

Testi scritti e curati da

Fulvia Signani

Psicologa, Psicoterapeuta, Esperta di salute e genere
Staff Direzione Sanitaria, Azienda USL di Ferrara
Professore incaricato, Università di Ferrara

con la collaborazione di

Laura Sighinolfi

Medico infettivologo
Responsabile Ambulatorio HIV/AIDS
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Gruppo di discussione e lavoro

Azienda USL di Ferrara

Mauro Marabini, Paola Castagnotto, Dina Benini ed Enrico Mazzoli

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Eugenio Di Ruscio, Teresa Matarazzo, Francesca Bravi

Comune di Ferrara - **Elisabetta Ghesini**

Centro Donna Giustizia, Ferrara - **Monica Borghi**

Circomassimo, Sez. Ferrara - **Manuela Macario**

Arcigay, Sez. Ferrara - **Elisabetta Chinarelli**

Arcilesbica, sez. Ferrara - **Francesca Beccati e Cristina Zanella**

Famiglie Arcobaleno, Gruppo locale Emilia Romagna e Marche - **Henry Gallamini**

AGEDO Ass. Genitori, parenti e amici di persone LGBT, sez. Ferrara - **Elisabetta Di Carpegna**

Contatti per info:

Assessorato alle Pari Opportunità del Comune di Ferrara

Assessora Annalisa Felletti e-mail: a.felletti@comune.fe.it

Segreteria dell'Assessorato tel. 0532.418.161 e-mail: l.tarroni@comune.fe.it

Ufficio Politiche dei Diritti e delle Differenze, Pari Opportunità

tel. 0532.419.419 e-mail: e.ghesini@comune.fe.it

Testo stampato in proprio con i fondi del Comune di Ferrara. Progetto candidato al “Bando per la concessione di contributi a sostegno di progetti rivolti alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere” (RER, Delib. 1476/2016)

“1. E’ vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l’origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l’appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l’età o le tendenze sessuali.

2. Nell’ambito d’applicazione del trattato che istituisce la Comunità europea e del trattato sull’Unione europea è vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza, fatte salve le disposizioni particolari contenute nei trattati stessi.”

Carta dei diritti fondamentali dell’UE - Articolo 21

Voglio qui ringraziare Annalisa Felletti, per aver ideato e coordinato questo Quaderno, Fulvia Signani e Laura Sighinolfi per la chiarezza e l’efficacia profusa nella stesura dei testi, nonché tutto il Gruppo di discussione e lavoro per aver offerto, con impegno e professionalità, un grande contributo nell’approfondire una delle discriminazioni più emarginanti: la disparità di trattamento subita dalle persone a causa del loro orientamento sessuale.

Questo Quaderno offre ai professionisti sanitari un’occasione di riflessione sugli atteggiamenti discriminatori che, a causa di pregiudizi o falsi moralismi, ricadono ingiustamente su uomini e donne della nostra collettività.

L’impegno per la promozione delle pari opportunità rispetto ai soggetti discriminati sulla base dell’orientamento sessuale, come di altre dimensioni quali identità di genere, origini etniche, età, razza, religione, si fonda sulla promozione di un’idea di cittadinanza che accolga e comprenda le differenze, senza che queste si traducano in asimmetrie di diritti e di accesso a risorse e possibilità.

“Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti” recita l’articolo 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, ma per garantire pari dignità e diritti a tutti gli esseri umani è necessario riconoscerne le differenze e rispettarle.

Ecco quindi l’utilità di questo Quaderno, considerando che l’attività antidiscriminatoria deve orientarsi sulla prevenzione, attraverso la conoscenza, l’educazione e la sensibilizzazione.

Tiziano Tagliani
Sindaco di Ferrara

È noto che la Salute viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale” e non come mera 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.

Non siamo tutti uguali, questo è un dato certo. Mentre i Diritti di Uguaglianza sono per tutti.

Il Comune di Ferrara e l'Assessorato alle Pari Opportunità di cui mi onoro di avere delega, sostengono da tempo e con forza il diritto di ogni persona a non subire discriminazioni sulla base di sesso, genere, orientamento sessuale, etnia, fede religiosa, cultura, lingua, ceto, ovvero sulla base di qualsiasi altro elemento identificativo.

Per troppo tempo le problematiche delle persone LGBT sono state di esclusiva pertinenza delle persone e delle associazioni omosessuali, le uniche a studiarle e a promuovere campagne di sensibilizzazione per contrastarne i pregiudizi e le discriminazioni.

Le persone LGBT sono prima di tutto persone, ed in quanto tali, con gli stessi diritti di tutela della salute e di benessere che si riconoscono ai soggetti eterosessuali.

Nel faticoso cammino di consapevolezza che impone non solo un riconoscimento, ma anche una tutela per le condizioni personali delle persone LGBT, non potevamo restare inermi in attesa di una qualche norma che imponga un cambiamento.

Il cambiamento lo promuoviamo e lo sollecitiamo con questo Quaderno che, riteniamo rappresenti un tassello importante sul sentiero della sensibilizzazione culturale e del rispetto verso ogni essere umano.

Poter contare su un'accoglienza e un supporto adeguato, praticando appieno un atteggiamento non giudicante, attua un sistema virtuoso funzionale non solo per le singole persone (in questo caso i pazienti) ma anche per le loro famiglie e per l'intera comunità, che in questo modo può rimuovere pregiudizi e discriminazioni e finalmente raggiungere quel livello di qualificata interazione positiva con le differenze e le diversità, qualunque esse siano.

Conferire valore e dignità alle differenze, inclusi i differenti orientamenti sessuali, non può che infondere fiducia nei e nelle pazienti, favorendo un clima accogliente e confortante, a beneficio di un buon servizio alle persone.

Questo Quaderno, è il frutto di un lavoro collegiale, la cui sintesi si deve all'impegno costante, sapiente e paziente di professionisti della salute, accademici e attivisti dell'Associazionismo LGBT locale, al servizio di questa pubblicazione, a titolo assolutamente gratuito.

A loro quindi rivolgo un sentito ringraziamento per la disponibilità e lo slancio dimostrati, perché senza di loro questo "strumento" modesto anche se ambizioso, certamente unico nel panorama nazionale, non avrebbe potuto prendere forma.

La frase e me cara "Insieme, si fa di più e meglio" in questo momento è più attuale che mai; sta a ciascuna e ciascuno di noi adoperarsi e contribuire a vivere in una Comunità più rispettosa dell'altro e delle sue differenze, più accogliente e meno giudicante.

Annalisa Felletti
Assessora alle Pari Opportunità
Comune di Ferrara

L'Azienda USL di Ferrara ha accolto con entusiasmo la proposta da parte del Comune di Ferrara, di collaborare alla stesura di questo quaderno, affidandone il compito ad una sua professionista. L'Azienda, da anni impegnata in particolare sul tema della medicina di genere, condivide con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria del territorio e l'Amministrazione regionale, la sfida culturale, di rimuovere discriminazioni e garantire una effettiva equità di trattamento clinico e sociale.

E' dovere di ogni sanitario, infatti, relazionarsi e curare ogni paziente in scienza e coscienza a prescindere da sesso, genere, orientamento sessuale, ma anche nazionalità, etnia, religione e condizione sociale.

Formare una mentalità contemporanea nei professionisti sanitari atta a rimuovere stereotipi, rappresenta un percorso lungo e complesso.

Questa pubblicazione è uno dei frutti del percorso e non può, quindi, che avere il nostro sostegno: impegnandoci per la massima diffusione e lavorando perché ne seguano altre, rivolte a chiunque lavori al servizio dei cittadini in una prospettiva di cittadinanza attiva.

Claudio Vagnini
Direttore Generale
Azienda USL Ferrara

L'articolo 32 della Costituzione sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Nell'accezione del diritto sociale, prevede la responsabilità dello Stato di garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza. Per assolvere a questo compito la Legge 833 del 23/12/78 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una delle più grandi conquiste sociali del nostro tempo, che ha introdotto valori e principi fortemente innovativi: 1.generalità dei destinatari: tutti i cittadini indistintamente; 2.globalità delle prestazioni: prevenzione, cura e riabilitazione; 3.uguaglianza di trattamento: equità d'accesso.

Questo quaderno a uso dei professionisti è un importante strumento per garantire, attraverso la sensibilizzazione e la conoscenza, i principi dell'universalismo e dell'equità che contraddistinguono il nostro Servizio Sanitario.

Tiziano Carradori
Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Ferrara

Abbiamo colto con piacere l'invito dell'Assessora Felletti di collaborare alla stesura del Quaderno che auspichiamo possa facilitare colleghe e colleghi, professionisti di sanità e sociale, a instaurare con persone "diverse" dal "solo etero"¹, spesso impreviste nella routine lavorativa, una relazione disinvolta e consapevole. L'intento è di accrescere il livello di conoscenza, quindi di razionalizzazione, su temi e contatti. Troppo spesso, infatti, questi sono emotivamente molto condizionati, caratteristica che mal si concilia con la professionalità.

Fulvia Signani e Laura Sighinolfi
Azienda USL e Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

Nel quotidiano di ciascuno gli aspetti legati alla salute e alla sfera sanitaria rivestono un ruolo tanto importante, quanto delicato. Il rapporto tra le persone e i professionisti sanitari e socio-sanitari, nelle fasi diverse della propria vita, può determinare una condizione che va ad agire non solo sugli aspetti fisici ma anche sulla sfera psicologica della persona, influenzandone la condizione stessa di benessere psicofisico. In quest'ottica è fondamentale che vi sia nei confronti dei medici e del personale sanitario in genere un'educazione alle "differenze" qualsiasi esse siano, di carattere culturale, religioso, sociale, di orientamento sessuale e/o identità di genere, e una conoscenza di massima delle problematiche con cui si confrontano gli individui e le famiglie formate da persone dello stesso sesso, i cui diritti fondamentali non sono ancora garantiti del tutto.

Le Associazioni di Ferrara del Gruppo di discussione e lavoro:
Centro Donna Giustizia, Circomassimo, Arcigay, Arcilesbica,
AGEDO Associazione Genitori parenti e amici di persone LGBT, nonchè
Famiglie Arcobaleno, Gruppo locale Emilia Romagna e Marche

¹ Definizione usata per la prima volta da Conger nel riferire dell'avvio, da parte degli psicologi americani, di pubblicazioni sulle identità di genere, non solo riferite alla concezione binaria eterosessuale. (Conger, J. J. *Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the Year 1974: Minutes of the Annual Meeting of the Council of Representatives*. American Psychologist, Vol 30(6), Jun 1975, 620-651)

Indice

- 1. Sesso e genere**
 - 2. Come capire l'importanza del genere**
 - 3. Ruolo di genere**
 - 4. Orientamento sessuale**
 - 5. Identità sessuale e di genere**
 - 6. Human Continuum**
 - 7. Glossario**
 - 8. Problematiche diagnostiche legate alle identità sesso/genere**
 - 9. L'omosessualità in particolare**
 - 10. Discriminare, discriminazione percepita e subita, stigma interiorizzato**
 - 11. Discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari**
 - 12. Possibili conseguenze dei comportamenti discriminatori**
 - 13. Indicazioni di comportamento per i professionisti sanitari**
- Bibliografia di riferimento**
- Allegati**
- A. Le famiglie omogenitoriali e la pratica medica**
 - B. Politiche a contrasto di discriminazione e stigma**

Il primo passo per avvicinarsi alla comprensione delle storie di vita e per comunicare adeguatamente con tutte le persone, consiste nel conoscere i principali concetti che permettono di inquadrare i temi di cui parliamo.

1. Sesso e genere

Essere biologicamente maschi, non significa essere automaticamente considerati e sentirsi uomini, lo stesso accade per le donne.

Il *sesso* è categoria legata all'anatomia e alle caratteristiche biologiche, per certi versi immutabili, è quindi, un dato naturale.

Genere invece è il prodotto di una costruzione sociale e culturale (abbigliamento, comportamento, ruolo sociale, status, ruolo di potere o meno nell'ambito della società) quindi legato alla cultura, al momento storico, al luogo di vita.

Si può parlare di *differenze tra i sessi* con due distinti approcci:

- *biologico*, definisce la differenza sessuale come un aspetto puramente 'naturale', si presta al pensiero sia dicotomico maschio/femmina, che gerarchizzante. Questo approccio può favorire un'organizzazione sociale asimmetrica basata su un'idea di uomo in cui il soggetto donna rientra in modo sempre subordinato;
- *socioculturale* va oltre il dato biologico, per interpretare le origini delle differenze sessuali nei processi socio-culturali, storici e politico-ideologici, legati al fatto di avere e appartenere ad un sesso piuttosto che ad un altro. Questo approccio usa il termine *genere* intendendolo come categoria costruita socialmente e pervasiva in tutte le società del mondo (Signani, 2013).

2. Come capire l'importanza del genere

Accettare e capire l'importanza del *genere* è, per ogni persona, una conquista personale a tappe che parte dalla volontà di *de-costruire* posizioni di pensiero abitudinarie. Si tratta di nozioni e posizioni apprese durante l'arco della propria vita in famiglia, a scuola, con gli amici, nei vari contatti sociali. La realtà in cui siamo immersi ci presenta frequenti casi di asimmetria tra uomini e donne, quasi sempre a sfavore di queste ultime. Possiamo dire che quella italiana si presenta come un'organizzazione sociale molto connotata come *patriarcale o maschilista*. Essa impone in numerosi casi e campi, il maschile come unico riferimento e considerazione, esaltando il *tema della virilità* (Signani, 2013).

3. Ruolo di genere

Il cosiddetto *ruolo di genere* riguarda l'insieme delle caratteristiche quali atteggiamenti, gesti, abbigliamento, linguaggio, tipo di interazioni sociali, riconosciuti in una società, cultura, momento storico, come propri e diversi delle donne e degli uomini. Si pensi alle epoche o anche ai Paesi, in cui non era consentito alle donne di indossare pantaloni, ma anche al lavoro non pagato delle donne, svolto, in misura maggiore dell'uomo, tra le mura domestiche, nell'accudire i figli, assistere gli anziani e disabili di famiglia. Il ruolo di genere messo in pratica, rappresenta l'adattamento alle norme condivise, più o meno tacite, su come è considerato appropriato comportarsi per una donna o per un uomo, in una determinata società (Signani, 2013).

4. Orientamento sessuale

Indica la direzione della sessualità e dell'affettività verso persone dello stesso sesso, di sesso opposto o di ambo i sessi. Si tratta di relazioni intime, sessuali, romantiche, sentimentali e possono concretizzarsi in comportamenti o no, appartenendo in questo caso a desideri (si parla di orientamento sessuale "latente") la cui non soddisfazione, può provocare diverse conseguenze. L'orientamento sessuale è erroneamente interpretato come una scelta o preferenza sessuale, modificabile con interventi "curativi" di cui si è dimostrata la totale infondatezza. Le evidenze dimostrano le gravi conseguenze sul piano psichico nelle persone che subiscono queste cosiddette "cure" (Signani, 2013).

5. Identità sessuale e di genere

Con *identità sessuale e di genere* si intende l'interazione dei fattori (storici, culturali e biografici) che influenzano, in ogni fase, lo sviluppo sessuale e di identità della persona. Si tratta di una dimensione soggettiva e personale del proprio essere sessuato, che risponde a un'esigenza di classificazione (di che sesso sono) e di stabilità, ma che può contenere anche elementi di imprevedibilità (scoprirsi di altro orientamento sessuale anche in momenti diversi di vita) in quanto esito di complessi processi evolutivi che combinano l'aspetto biologico e psicologico, con aspetti culturali ed educativi. L'identità sessuale e di genere, quindi, comprende immagine e ruolo sessuale che lui o lei *sentono* di avere e che si auto - attribuiscono, indipendentemente dal sesso biologico, con aspetti espressi e non espressi, quindi più o meno espliciti e comprensibili agli altri, ma a volte anche alla persona stessa. Un individuo può percepire la propria identità sessuale di uomo, anche se il suo fisico è tipicamente femminile, oppure, fisicamente uomo, può sentirsi donna. In questi casi l'identità sessuale e di genere intese nel senso tradizionale del termine, non sono tra loro coerenti (Signani, 2013).

6. Human Continuum

Ricordiamo che il benessere e la serenità della persona passano attraverso la piena capacità e legittimità sociale di accettazione delle caratteristiche del proprio essere e che da tempo la scienza ha riconosciuto quello che viene definito lo *human continuum*, o identità fluide, tutte le tipologie umane di identità sessuale e di genere. Brown e Fee (2003) testimoniano come ad Alfred Kinsey, biologo americano, famoso per clamorose pubblicazioni degli anni Cinquanta sul comportamento sessuale di uomini e donne, venga riconosciuto il merito di aver analizzato, tra i primi, la scala di varietà bio - psicologica umana che sta tra l'eterosessualità e l'omosessualità. Il suo successore, Fritz Klein, ha contribuito in seguito ad affermare come l'orientamento sessuale sia un processo dinamico e multivariabile. Nel 2011 Marianne Legato, cardiologa americana, antesignana della medicina di genere, in un editoriale della rivista *Gender Medicine* parla di "normal human continuum" confermando che le evidenze dimostrano che i diversi orientamenti sessuali fanno parte delle normali caratteristiche degli umani (Signani, 2013).

Ora passeremo in rassegna le varie differenze di identità e orientamento² ed alcune conoscenze necessarie.

Che cosa significa l'acronimo LGBT?

E' l'acronimo più usato in Italia* e nel dettaglio significa:

L Lesbica. Donne attratte da altre donne, non necessariamente coinvolte in atti sessuali.

G Gay maschio. Uomini attratti da altri uomini, non necessariamente coinvolti in atti sessuali.

B Bisessuale. Uomini o donne, attratti e attratte, con varie gradazioni, sia dal proprio che dall'altrui sesso, per tutta la vita e o per periodi. Non necessariamente coinvolti in atti sessuali.

T Transessuale e transgender considerati termini “ombrello” per ricomprendere persone che non si riconoscono nei modelli correnti di identità e ruolo di genere. Identifica chi è nato o nata con un assetto morfologico caratteristico di un sesso che non accetta e vorrebbe l'altro, con cui si identifica e di cui assume i ruoli sociali, ma non l'assetto morfologico. Su questa tipologia d'identità e comportamento c'è ancora molta confusione nelle descrizioni mediatiche e nella percezione collettiva. A volte sembra che la persona transessuale sia considerata una sorta di “superomosessuale”, così omosessuale da voler assomigliare al genere diverso dal proprio. Non è così. Si tratta di persona che sente in modo persistente di appartenere al sesso diverso da quello assegnato e per questo compie (o vorrebbe compiere)** un percorso di transizione verso la riassegnazione di sesso tramite operazione chirurgica. Il termine si può declinare al femminile (la transessuale o, dall'inglese Male to Female MtF) per indicare persone di sesso biologico maschile che sentono di essere donna e il maschile (il transessuale o dall'inglese Female to Male FtM) per indicare persone di sesso biologico femminile che si sentono di essere uomini***.

Fa giurisprudenza una sentenza della Cassazione italiana (n.15138/2015) la quale ha sancito che per ottenere la rettificazione degli atti anagrafici (da donna a uomo e viceversa) non è necessario l'intervento di adeguamento dei caratteri sessuali primari. Nel caso, infatti, di un già raggiunto equilibrio psico-fisico che consente alla persona di riconoscersi, ed essere riconosciuto/a come del sesso desiderato, anche in assenza di intervento, l'obbligo costituirebbe uno “strumento lesivo dell'integrità fisica e della dignità umana”. Questa rappresenta a tutti gli effetti un riconoscimento di **sesso-riassegnato**.

Sesso-riassegnati. Si tratta di coloro che, per vari motivi, non accettano il sesso ‘assegnato’ morfologicamente dalla natura, e che con un intervento di volontà personale applicata su se stessi o se stesse, con l'aiuto della chirurgia e di cure ormonali, trasformano morfologicamente il sesso originario (anche intersex, di cui vedremo il significato tra breve) nella conformazione tipica del sesso voluto. Persone che possono essere definite *sesso-riassegnate*.

* Ci si riferisce alla terminologia adottata da UNAR di cui si parla diffusamente nell'allegato B.

** Non va dimenticato che il percorso di transizione morfologica da un sesso ad un altro non solo è provante dal punto di vista psicologico, ma anche dal punto di vista fisico ed economico.

*** E' noto che accogliere persone che presentano questa condizione, può generare una criticità organizzativa di collocazione, soprattutto in momenti di ricovero in fase acuta. Si suggerisce di tenere presente (ove possibile) la volontà del/la paziente, annotandone i contenuti in cartella.

²

L'elenco è tratto e adattato da : Perry, Ballard-Reisch, 2004; UNAR, 2013; Fausto-Sterling, 1993 e 2000

La parola “omosessuale” fu usata per la prima volta nel 1868, mentre la parola “eterosessuale” fu creata e usata solamente dal 1930.
(cit. in Alencar Albuquerque et al., 2016)

Ex senatore USA vedovo dopo 48 anni di matrimonio con la moglie Claire, si innamora e sposa un uomo.
(notizia dei quotidiani del 26 aprile)

Che cosa significa l'acronimo LGBTI?

E' l'acronimo più usato in Europa e nel dettaglio significa

L Lesbica

G Gay maschio

B Bisessuale

T Transessuale e transgender

Dove **I** sta per **Intersessuale o Intersex**.

In alcune pubblicazioni mediche si usa il termine *intersexual body*, corpo intersessuale o *intersex*, per fare riferimento ai tre maggiori sottogruppi di persone con caratteristiche maschio-femmina mischiate, cioè le situazioni complesse di : ermafroditi; pseudoermafroditi uomo; pseudoermafroditi donna. Persone cui, anche solo per necessità di legge, è assegnato nominalmente un sesso, attribuendo una classificazione. Si è iniziato a parlare di cinque sessi dal 1993 (Fausto-Sterling), affiancando a maschio e femmina anche questi tre tipi di intersex. La percentuale di persone intersessuali è valutata nell'1,7 %. Persone con specificità, necessità e bisogni, non conosciuti e studiati*.

* Su questa tematica si consiglia la consultazione del Parere del Comitato Nazionale di Bioetica “I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici” - 25 febbraio 2010
<http://presidenza.governo.it/bioetica/pareri.html>

Quando Alec Butler - ora pluripremiato scrittore e cineasta - nacque (nel 1959) avevano creduto fosse femmina. Ma dopo aver vissuto anni come bambina e poi come ragazza, Alec dovette realizzare di essere da sempre intersessuato: “Avevo circa 12 anni” – racconta – “quando ha iniziato a crescermi la barba, e nello stesso tempo ho avuto il menarca. Ricordo quello come un periodo molto confuso per me. I miei genitori erano un po' fuori di testa. Mi hanno portato da alcuni medici, ma nessuno sapeva cosa significa un corpo intersex, nella piccola città dove sono cresciuto in Canada. Un medico è arrivato a dirmi ‘La ricovereremo in ospedale psichiatrico fino a quando non impari a vestirti come una ragazza e mettere il trucco.’ Questo all'età di 12, quando anche la maggior parte delle ragazze geneticamente tali, non erano costrette a fare queste cose. Per fortuna i miei genitori reagirono arrabbiandosi e dicendo: ‘Non gli consentiremo mai di farlo. Noi ti amiamo e secondo noi è possibile scegliere come si desidera essere.’ Quello è stato un grande regalo per me. Un sacco di bambini intersessuati, non sempre possono vivere la loro condizione con questo affetto e amore”.

(Fonte: <http://www.bbc.com/news/magazine-36092431>)

Che cosa significa l'acronimo LGBTIA?

Nel dettaglio significa

- L** Lesbica
- G** Gay maschio
- B** Bisessuale
- T** Transessuale e transgender
- I** Intersessuale.

A sta per **Asessuale** (da non confondere con il termine asessuati, persone che nascono prive dell'apparato sessuale) sono persone per le quali il tema sessuale non è importante, non provano attrazione sessuale, o ne hanno una visione 'romantica', con diverse gradazioni, che può portare a relazioni con persone dello stesso o dell'altro sesso, senza connettere sesso e amore. Una ricerca inglese del 2016 (Ruiz) valuta che l'1% della popolazione si considera asessuale, una condizione spesso stigmatizzata e misconosciuta a livello sociale.

Che cosa significa l'acronimo LGBTIAQ?

Nel dettaglio significa

- L** Lesbica
- G** Gay maschio
- B** Bisessuale
- T** Transessuale e transgender
- I** Intersessuale.
- A** Asessuale

Dove **Q** sta per **Questioning o queer** Per indicare persone che non si sentono a proprio agio nel definirsi dell'uno o dell'altro sesso e genere vengono usati i termini *Questioning* (persone che si stanno facendosi domande) e/o *Queer* (bizzarro, strano). Quest'ultimo termine inglese veniva usato un tempo in senso spregiativo nei confronti degli omosessuali, mentre più recentemente è utilizzato in senso politico/culturale, e in chiave positiva, per indicare tutte le sfaccettature dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale rifiutandone allo stesso tempo le categorie più rigidamente fissate ancora presenti nell'acronimo LGBT e rivendicandone il superamento.

N.B. D'ora in poi ci si riferirà alle persone con orientamento e identità sessuale, altri rispetto all'eterosessuale, con l'acronimo semplificato LGBT (attendoci alla attuale terminologia UNAR)

Che cosa significa Famiglia "omogenitoriale"

(da non confondersi con *monogenitoriale*, quella costituita da figlio o figli con solo un genitore)

In Italia, come nel resto del mondo, molte persone lesbiche e gay, sono genitori. La maggior parte di essi ha concepito i figli in precedenti relazioni eterosessuali, ma sono sempre più numerose le coppie dello stesso sesso che decidono di avere figli all'interno della loro relazione. Il nucleo di persone costituito dalla coppia di omosessuali (o dalla persona singola) e dai loro figli, si definisce "famiglia omogenitoriale". Il tema dell'omogenitorialità è spesso oggetto di varie controversie. Le ricerche scientifiche svolte dagli anni '70 e la presa di posizione ufficiale di associazioni di professionisti della salute, quali l'American Psychological Association, confermano che gli ambienti domestici forniti da genitori omosessuali hanno le stesse probabilità di supportare e realizzare lo sviluppo psicosociale dei figli.

8. Problematiche diagnostiche legate alle identità sesso/genere

L'APA (American Psychiatric Association) cura il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, più noto come DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) che raccoglie in questo momento la definizione e descrizione di più di 370 disturbi mentali, individuati in base alla presenza di un profilo sintomatologico e su base statistica.

Il DSM è punto di riferimento per la psichiatria e psicologia mondiale e consente di registrare, con le sue edizioni periodicamente aggiornate, come sono state interpretate nel tempo le varie identità sessuali e di genere. È la riprova di quanto i progressi della scienza del profondo da un lato, e la cultura e le epoche storiche dall'altro, incidano sulla interpretazione, classificazione e diagnosi.

Il DSM – V del 2013 presenta diversi cambiamenti: i 'disturbi dell'identità di genere' vengono ricategorizzati come una *disforia di genere*, condizione in cui qualcuno è intensamente a disagio con il proprio sesso biologico e si identifica fortemente con (e vuole essere) il sesso opposto. Alcune di queste persone possono vivere il proprio genere desiderato e possono anche richiedere un intervento chirurgico di riassegnazione, anche con modifica dei genitali esterni. Il DSM V include un'indicazione medica solo per persone che hanno sofferto e soffrono per la propria differenza di sesso e genere, rispetto al desiderato o percepito e non classifica come patologici, sia i transgender, che le diversità sessuali e di genere. Questo cambiamento riflette il riconoscimento che il disaccordo tra il sesso di nascita e l'identità, **se non causa un disagio individuale, non è da considerare patologico**. Al contrario, il disagio che accompagna la disforia di genere si presenta spesso come conseguenza di una cultura che stigmatizza le persone non conformi a ruoli di genere tradizionali.

L'Associazione Mondiale degli Psichiatri WPA, nel marzo 2016 pubblica un documento³ di azioni pratiche a sostegno delle persone omosessuali, lesbiche e transgender. Il testo riconosce alle persone LGBT stessi diritti e responsabilità di tutti gli altri cittadini, quindi spetta loro pari accesso alle cure sanitarie; "l'orientamento sessuale verso l'altro sesso, di per sé non implica alcuna disfunzione psicologica obiettiva o compromissione di giudizio, stabilità emotiva, o riduzione delle capacità professionali"; considera l'attrazione verso lo stesso sesso, l'orientamento e il comportamento, come normali varianti della sessualità umana; ribadisce la mancanza di efficacia scientifica dei trattamenti che tentano di cambiare l'orientamento sessuale e mette in evidenza i danni e gli effetti negativi di tali "terapie"; riconosce lo stigma sociale; sostiene la necessità di de-criminalizzare e nel contempo di riconoscere diritti pari a tutti, per chi ha orientamento sessuale o comportamento "non solo etero"; sottolinea la necessità di ricerca e sviluppo di interventi medici e sociali basati su prove, che supportino gli eventuali disagi psicologici dovuti a stigma e criminalizzazione sociale.

³ WPA (2016) *Position Statement on Gender Identity and Same-Sex Orientation, Attraction and Behaviour*

Nel DSM sotto la voce Disturbi sessuali e dell'Identità di Genere, sono elencate:

- a) Disfunzioni psicosessuali (inibizione del desiderio sessuale; inibizione dell'eccitazione, inibizione dell'orgasmo, eiaculazione precoce, vaginismo, etc.) considerate psichiatriche quando non siano attribuibili a qualche fattore organico;
- b) Disturbi dell'identità sessuale che comprendono: disturbo dell'identità sessuale in età evolutiva (che può ascriversi a manifestazioni passeggero di travestitismo o di desideri di transessualismo) e in età adulta, riferibile al **transessualismo, che rappresenta oggi l'unica patologia classificata come psichiatrica, a non essere curata psichiatricamente**. Il transessualismo può essere definito come il desiderio di un cambiamento di sesso dovuto a una completa identificazione col genere del sesso opposto, negando e cercando di modificare il sesso morfologico originale. Il trattamento non è costituito dal tentativo di aiutare il soggetto transessuale a sentirsi nuovamente a proprio agio con il suo sesso di origine, bensì avviando la persona cui è diagnosticato il Disturbo dell'Identità di Genere, alle terapie endocrinologiche e/o chirurgiche per iniziare il percorso di transizione all'altro sesso;
- c) Perversioni sessuali o parafilie dal greco para (παρά = presso, oltre) e filia (φιλία = amore, amicizia). Secondo il DSM IV, per essere considerata effettivamente come patologia, tale condizione deve ricorrere per almeno sei mesi e deve manifestarsi come la forma di sessualità esclusiva o prevalente del soggetto, interferendo in modo rilevante con la sua normale vita di relazione e **causandone un disagio clinicamente significativo**. Tra queste sono incluse: Feticismo, Travestitismo, Pedofilia, Esibizionismo, Voyeurismo, Sadomasochismo, Parafilie atipiche.

I traguardi di oggi sono frutto di un lungo percorso che ha visto diversi cambiamenti di interpretazione diagnostica, sulle diverse identità sessuali e di genere, testimoniati dalle edizioni del Manuale, che si sono susseguite nel tempo, in particolare :

- DSM I (1952) L'omosessualità è classificata tra i *disturbi sociopatici di personalità*.
- DSM II (1968) La classificazione di *deviazione sessuale* comprende pedofilia, necrofilia, feticismo, voyeurismo, travestitismo, transessualismo e omosessualità.
- DSM III (1980) Le disparità tra il sesso anatomico e l'identità di genere sono diagnosticate come condizioni psicopatologiche di *disordini di identità di genere*. L'omosessualità è rimossa come categoria diagnostica delle parafilie⁴; viene distinta l'omosessualità "egosintonica", in cui la persona riconosce e accetta la propria omosessualità sia sul piano psicologico, sia su quello fisico, senza vissuti conflittuali collegati alla sua condizione, dall'omosessualità "egodistonica", situazione in cui il soggetto appare incapace di accettare o riconoscere il proprio orientamento e vive costantemente il desiderio conflittuale di cambiarlo.
- Sotto la voce disordini d'identità di genere nella versione successiva del DSM – III R (1987), sono state raggruppate le categorie del transessualismo e altri disordini non meglio specificati. Avviene la più importante svolta interpretativa sull'omosessualità, che in pratica è derubricata tra le patologie.
- La classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati (più nota come ICD *International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*) stilata

⁴ Per una spiegazione dettagliata del significato, si rimanda al punto c del quadro "Nel DSM sotto la voce Disturbi sessuali e dell'Identità di Genere"

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo la risoluzione approvata dalla 43esima *World Health Assembly* il 17 maggio 1990, **rimuove definitivamente l'omosessualità dalla lista delle malattie mentali.**

- Anche il DSM-IV (1994) conferma che tra i 'disordini dell'identità di genere', non è più menzionata l'omosessualità.

9. L'omosessualità in particolare

Nel 1973 l'APA *American Psychiatric Association* prese atto dell'assenza di prove scientifiche che giustificassero la precedente catalogazione dell'omosessualità come patologia psichiatrica, cancellandola dal suo elenco delle malattie mentali⁵. La decisione arrivò solo dopo un sofferto dibattito e a seguito della contestazione da parte di psichiatri vicini alle idee del neonato movimento di liberazione omosessuale. Il capofila di questa battaglia fu lo stimato psichiatra Judd Marmor, autore di numerosi studi in materia di omosessualità. Tuttavia alcuni psichiatri, contestarono aspramente la revisione dell'elenco, sostenendo che l'omosessualità è sempre una patologia da curare e chiesero che la cancellazione dell'omosessualità tra le patologie, fosse sottoposta a un vero e proprio referendum tra tutti gli iscritti all'APA. Il referendum postale confermò comunque la decisione favorevole alla cancellazione. Era il 17 maggio 1973 e, ricordiamo è stata sempre del 17 maggio, ma dell'anno 1990, la risoluzione approvata dalla 43esima *World Health Assembly* con la quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità definiva *l'omosessualità come una variante naturale del comportamento umano.*

Per questo motivo il **17 maggio è la Giornata internazionale contro l'omofobia e la transfobia** (o IDAHO, acronimo di International Day Against Homophobia and Transphobia). Ogni anno dal 2007 l'Unione Europea, facendo riferimento all'art. 13 del Trattato di Amsterdam '*devono essere prese misure appropriate per combattere discriminazioni basate sul sesso, l'origine etnica, la religione, disabilità, età e orientamento sessuale*', promuove e coordina eventi internazionali di sensibilizzazione e prevenzione per contrastare il fenomeno di stigma sociale e comportamenti violenti contro omosessuali e transgender.

10. Discriminare, discriminazione percepita e subita, stigma interiorizzato

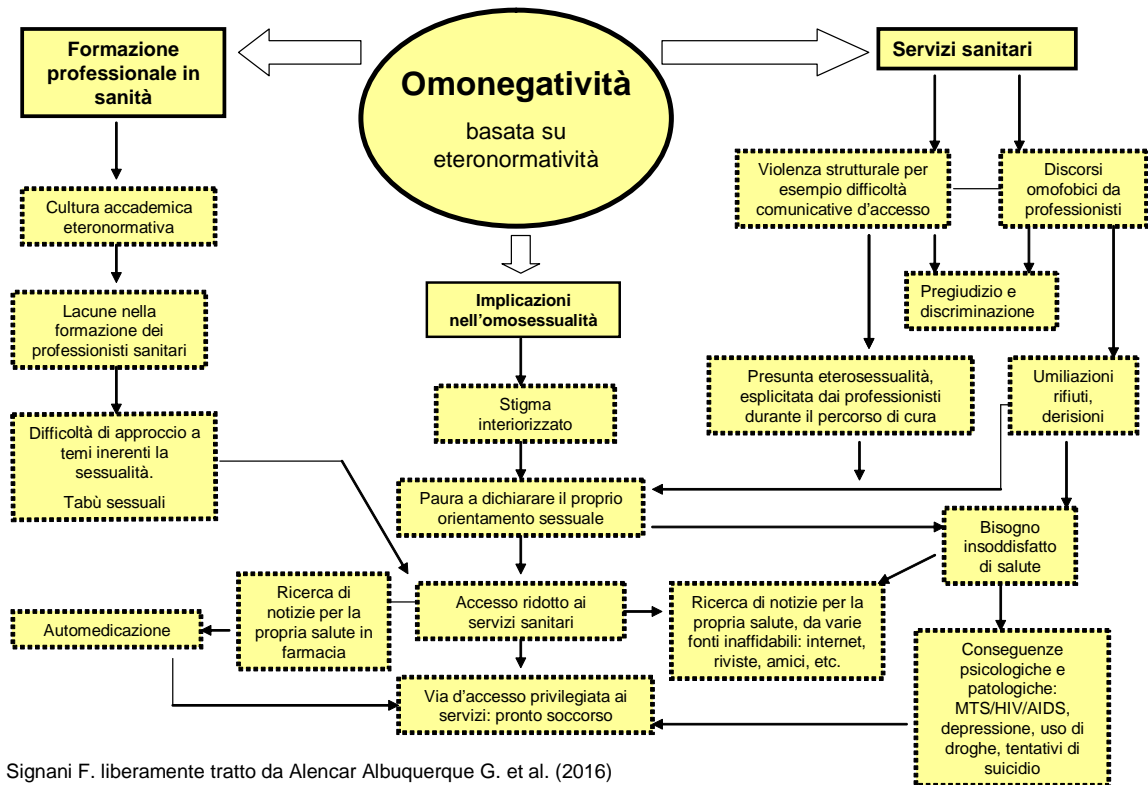
La seguente Figura 1 ci guida nella comprensione delle dinamiche e possibili difficoltà nel rapporto tra persone LGBT e i professionisti della salute.

Partiamo dall'ovale centrale "**eteronormatività**" che è alla base di tutte le forme di discriminazione di orientamenti sessuali diversi da quello "solo eterosessuale" in senso tradizionale ed è configurata in una visione del mondo che considera come naturale solo l'eterosessualità, dando per scontato che tutte le persone siano eterosessuali. Da questa visione deriva l'*etero sessismo*, una forma di rifiuto e stigmatizzazione di ogni forma di comportamento, identità e relazione non eterosessuale che si manifesta sia a livello individuale, che sociale e che riveste valenza culturale influenzando pensiero, tradizioni, abitudini e istituzioni sociali.

L'altra faccia dell'etero sessismo consiste nell'avversione (fobia) nei confronti di persone di diversa identità sessuale rispetto alla tradizionale, tra queste avversioni troviamo l'omofobia, la transfobia, la lesbofobia, che consiste nel pregiudizio, paura e ostilità nei confronti delle persone rispettivamente omosessuali, transgender e lesbiche. Con azioni, conseguenti a questo tipo di avversione, che possono arrivare ad atti di violenza psicologica, ma anche fisica, mirati alle persone omosessuali, transessuali, lesbiche.

⁵ http://www.aglp.org/gap/1_history/#declassification

Figura 1



Signani F. liberamente tratto da Alencar Albuquerque G. et al. (2016)

Il termine omofobia oggi è in parte superato e sostituito dal termine **omonegatività**⁶, per indicare che gli atti di discriminazione e violenza, posti in essere nei confronti degli omosessuali, non sono necessariamente irrazionali o frutto di paura, ma sottendono una espressione cosciente di concezione negativa dell'omosessualità, derivata dal paradigma eterosessista, di cui la persona omofoba è ferma sostenitrice.

Stigma interiorizzato. Lo stigma è rappresentato da un insieme di atteggiamenti negativi di singoli o collettività, verso le persone LGBT (ma può trovare motivo anche nel colore della pelle, nelle diseguaglianze sociali, di abilità, etc.) propri di chi vive la condizione di orientamento sessuale diverso dal proprio, "come altrui" e resta conforme al canone eteronormativo. Questo atteggiamento può incrociarsi con la *prospettiva soggettiva* di chi è *vittima dello stigma*, che può vivere, a sua volta, tre diversi aspetti di:

- ✓ **Discriminazione subita:** comportamenti discriminatori effettivamente ricevuti. Fa parte di questa categoria anche il fenomeno del *bullismo omofobico*, studiato e verificato nelle scuole e caserme, caratterizzato da vessazioni su persone non eterosessuali o presunte tali, messe nella impossibilità di difendersi⁷.
- ✓ **Discriminazione percepita o anticipata:** percezione che gli altri abbiano determinati comportamenti negativi pregiudiziali nei confronti delle persone LGBT e possano mettere in atto comportamenti discriminatori in specifiche circostanze.
- ✓ **Stigma interiorizzato:** la persona assorbe l'insieme degli atteggiamenti negativi presenti nella comunità di vita nei confronti delle persone LGBT e a proposito di questo, vede compromesso il proprio livello di benessere. A questo si associa la paura a dichiarare il proprio orientamento sessuale, con un fenomeno di autoesclusione dai servizi sanitari e con conseguente accesso ridotto in particolare ai percorsi di medicina generalista e preventiva ed un uso privilegiato dei servizi di pronto soccorso, per casi d'urgenza. Lo stile dei pazienti che si autoescludono dai percorsi tradizionali di cura presenta anche un ricorso consistente all'automedicazione e una ricerca autonoma di notizie e suggerimenti utili alla propria salute attraverso, sia la consultazione informatica, di amici e riviste non specializzate (con un alto livello di inaffidabilità) che, più raramente, presso le farmacie.

Spesso l'omonegatività che caratterizza la società, si ripercuote in una *omofobia interiorizzata*⁸, nella persona gay o (di altra identità non eterosessuale). In questo caso, più che di una sindrome patologica, si parla di un insieme di problematiche, studiate dalla psicologia fin dagli anni Settanta, che rappresentano lo specifico fenomeno di sviluppo e accettazione della propria identità, in base al quale la persona di orientamento e identità sessuale non tradizionale, in certe fasi di vita, indirizza le attitudini sociali negative verso se stessa, arrivando a detestare la propria stessa identità.

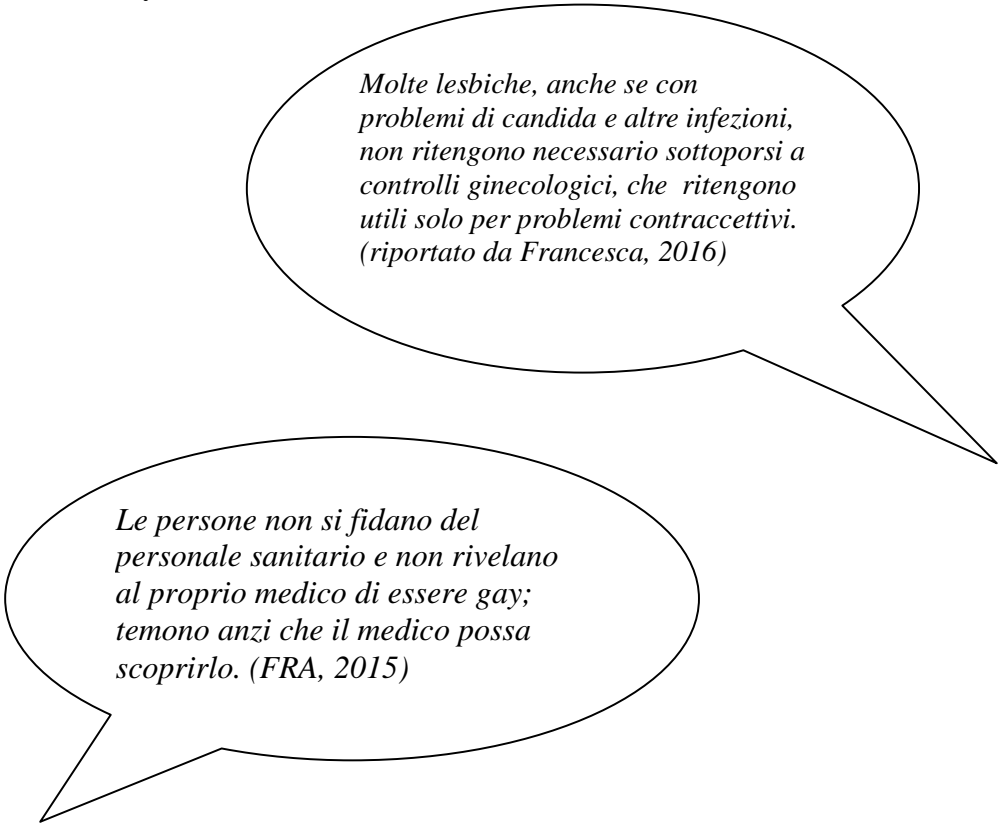
La persona, infatti, che incorpora gli stereotipi e i vissuti negativi che la società riserva alle persone come lui/lei, può vivere una limitazione delle relazioni, un oppressivo senso di svalutazione di se stesso/a, a volte accompagnato anche dal senso di colpa. Spesso alcuni momenti della vita vedono la persona alle prese con un conflitto intrapsichico dato dalla lotta tra l'accettarsi così come si è e la necessità di essere eterosessuali. Sviluppi intrapsichici che caratterizzano fasi della vita di ciascuno, indipendentemente dall'identità sessuale, ma che, se permangono come caratteristica, alimentano

⁶ Omonegatività viene abitualmente usato per intendere in modo sintetico l'atteggiamento fobico nei confronti delle persone sia omosessuali, ma anche le transessuali e lesbiche.

⁷ Si segnala a tal proposito l'interessante Report italiano del 2010 curato da Prati, Coppola e Saccà. 22

⁸ Ricordiamo che l'omofobia interiorizzata è una caratteristica che si riscontra anche nella persona che *agisce* l'omofobia, persona che, non consapevole di ciò che ha assorbito sia dalla propria educazione familiare e dai valori della società, vive come "spontanei" comportamenti e modi di pensare che agli occhi di altri e delle vittime stesse (le persone con identità sessuale non tradizionale), si rivelano *omofobi*. Proprio a causa di queste caratteristiche e intendimenti, sono persone meno disponibili far parte di campioni di ricerca sociale.

una sofferenza permanente. Diverse ricerche testimoniano che gli effetti dell'omofobia interiorizzata non vengono completamente superati in molte persone LGBT (Stein, 1993; Russell, Bohan, 2006; Frost, Meyer, 2009).



Molte lesbiche, anche se con problemi di candida e altre infezioni, non ritengono necessario sottoporsi a controlli ginecologici, che ritengono utili solo per problemi contraccettivi. (riportato da Francesca, 2016)

Le persone non si fidano del personale sanitario e non rivelano al proprio medico di essere gay; temono anzi che il medico possa scoprirlo. (FRA, 2015)

11. Discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari

Riprendendo la Figura 1, vediamo che i servizi sanitari e i professionisti addetti, se non sono interessati da un processo autoriflessivo su questo tema, possono essere inconsapevolmente agenti dall'omonegatività che permea la cultura sociale più diffusa. La persona con identità e orientamento sessuale diverso da quello corrente, può trovare difficoltà comunicative d'accesso ai servizi; può essere oggetto di discorsi, o esplicitamente omofobici, o che presuppongono un'inevitabile eterosessualità, da parte dei professionisti sanitari con cui viene a contatto. Può sentirsi vittima di pregiudizi, discriminazioni, umiliazioni, rifiuti e derisioni⁹. Preoccupa che la persona con identità e orientamento sessuale diverso da quello corrente, possa quindi non rispettare per se stessa, o non vedere rispettati, i propri bisogni di salute, che a quel punto rimangono insoddisfatti.

L'indagine ISTAT "La popolazione omosessuale nella società italiana" (2012) riporta che oltre il 60% dei cittadini italiani tra i 18 e 74 anni ritiene che in Italia gli omosessuali siano molto o abbastanza discriminati e che l'80% di intervistati (20% in più) afferma lo stesso per le persone transgender. Anche se va data importanza al 15% di soggetti che si sono rifiutati di rispondere, dall'indagine emerge che in Italia si può ipotizzare vivano circa un milione di omosessuali o

⁹ Difficoltà derivate da quella che Johan Galtung e i teologi della liberazione, negli anni '60 definirono come "violenza strutturale", quel tipo di violenza esercitata in modo indiretto, senza la necessità di un attore che la esegua, prodotta dall'organizzazione sociale estesa, dalle sue profonde disegualianze. Una violenza, insomma, che si riduce ad una *colpa di nessuno* e che invece l'analisi di processi storici, politici ed economici può ricondurre sia alla comprensione che tutto ciò è frutto di azione umana e a riconoscerne, sia, di conseguenza, a riconoscerne le colpe e le responsabilità (Signani, 2015).

bisessuali. Alla domanda “Ritiene accettabile che un omosessuale ricopra alcuni ruoli?” il 67.2% dei maschi e il 76,6% delle femmine si pronuncia a favore del ruolo medico. Il 10, 2% di chi si è dichiarato omosessuale/bisessuale, afferma di avere subito discriminazione nel rivolgersi ai servizi sanitari.

L’Agenzia per i diritti fondamentali dell’Unione Europea nel suo Report annuale (FRA, 2015) segnala che dai dati desunti da ricerche sul campo proposte da associazioni a tutela e dagli organismi nazionali di parità, per ciò che riguarda l’area della salute, molte persone LGBT temono stigmatizzazioni e pregiudizi e che è verosimile ipotizzare comportamenti omofobici e di discriminazione da parte dei professionisti sanitari.

Di seguito sintetizziamo brevemente alcune situazioni esposte come esemplari di comportamenti segnalati:

- ✓ Un caso in cui un medico aveva espresso un atteggiamento omofobico nei confronti di una giovane paziente lesbica e conseguentemente nei confronti di sua madre per il fatto di avere una figlia lesbica (Lettonia).
- ✓ Una donna lesbica ha segnalato un caso di molestia da parte di un medico presso un’unità ospedaliera di assistenza psichiatrica, per aver fatto presunti confronti tra il suo orientamento sessuale e la pedofilia e le persone che compiono atti sessuali con gli animali, dandole quindi l’impressione di considerare il suo orientamento sessuale, un disturbo mentale (Svezia).
- ✓ Metà delle rispondenti a un ampio sondaggio (6.178 donne lesbiche e bisessuali) dichiara di aver subito esperienze di omofobia e discriminazione nell’accesso ai servizi sanitari (Inghilterra).
- ✓ Al 7% delle persone LGBT intervistate, è stato consigliato di sottoporsi a trattamento psichiatrico per la loro omosessualità, mentre il 7,6% dei rispondenti ha subito una discriminazione nei servizi sanitari (Slovenia).
- ✓ La questione dell’eteronormatività del personale medico, per esempio i ginecologi che presumono esplicitamente che le pazienti stiano vivendo una relazione eterosessuale, mentre, in altri casi, viene fatta l’associazione automatica tra gay e HIV/AIDS. In un sondaggio nazionale, su 350 rispondenti, il 13,3% si è sentito discriminato almeno una volta, direttamente o indirettamente, da parte di professionisti sanitari sulla base del proprio orientamento sessuale. Inoltre, molti psicoterapeuti portoghesi vedono l’omosessualità come un “problema” (Portogallo).
- ✓ Sul tema della rivelazione del proprio orientamento sessuale al proprio medico curante, la maggioranza degli intervistati ha informato il proprio medico della propria identità LGBT, ricevendo accettazione e riservatezza, informazioni pertinenti nonché assicurazioni sul fatto che l’omosessualità non è considerata in termini patologici. Chi ha segnalato reazioni negative, ha descritto mancanza di contatto visivo, una maggiore rapidità nel resto della visita, mancanza di cordialità e in generale segni di disagio da parte del medico (Irlanda) (FRA, 2015).

Si segnala infine una buona prassi riguardo la formazione di professionisti sanitari in materia di LGBT: in Svezia, la Federazione svedese per i diritti delle persone LGBT, RFSL (Swedish Federation for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Rights) fino dall’anno 2014 ha coinvolto circa 15 ospedali e numerosi gruppi di studenti del settore sanitario; dal 2007 ha avviato la definizione dei criteri che possono qualificare un ospedale come “competente in questioni LGBT” (FRA, 2015).

In materia di diritti del/la partner in ambito sanitario, nelle coppie dello stesso sesso che abbiano sottoscritto un’unione civile (legge 76/16) le parti hanno, l’una verso l’altra, gli stessi diritti e doveri dei coniugi per quanto riguarda la visita, l’assistenza, l’accesso alle informazioni personali, nonché

le decisioni in materia di salute da prendersi in favore dell'altra parte, che non sia più in grado di decidere da sé¹⁰.

Da una revisione di letteratura scientifica emerge come la situazione di persona con caratteristiche di orientamento e identità sessuali non tradizionali rappresenti un fattore determinante nelle difficoltà di accesso alle cure. (Alencar Albuquerque G. et al. , 2016)

Uno studente sedicenne di un istituto tecnico di Torino si è suicidato. La vittima aveva sopportato per molti anni il tormento dei suoi compagni di scuola. La madre riferisce che non sopportava più di sentirsi emarginato e insultato dai compagni di scuola che lo consideravano "troppo femminuccia" e continuavano a ripetergli "sei gay, ti piacciono i ragazzi".
(Notizia di cronaca italiana dell'aprile 2007)

12. Possibili conseguenze dei comportamenti discriminatori

Come per altre categorie a rischio discriminazione, la ricerca ha dimostrato che l'esperienza degli individui LGBT si differenzia, rispetto agli altri pazienti, non solo per particolari aspetti fisici e psicologici, ma anche per ciò che riguarda le cure richieste (spesso vi è un'autoesclusione della cura) e fruite, a causa di una serie di fattori quali esperienze di discriminazione e mancanza di consapevolezza nei confronti dei propri specifici bisogni.

Queste disuguaglianze possono essere ancora più pronunciate per gli individui LGBT, di quelle sperimentate dalle persone di altre etnie. Le esperienze di discriminazione e di trascuratezza, in molti casi, hanno contribuito a generare un duraturo senso di sfiducia nel sistema sanitario da parte di molti appartenenti alla comunità LGBT, e hanno profondamente influenzato il loro stato di salute.

La riluttanza delle persone LGBT a rivelare il proprio orientamento sessuale è confermata dai risultati dei sondaggi condotti in numerosi Stati: sondaggio condotto a Malta, il 32,5% dei rispondenti ha affermato di aver celato il proprio orientamento sessuale nell'accedere ai servizi sanitari; studi condotti in Germania hanno dimostrato che le persone LGBT restano non dichiarate nei contatti con le istituzioni sanitarie a causa della paura di essere discriminate; da uno studio slovacco emerge che il 50% dei rispondenti ha affermato di nascondere sempre il proprio orientamento sessuale al personale medico e il 22% lo rivela solo occasionalmente, un fenomeno che in sé può costituire un rischio dal punto di vista medico (FRA, 2015).

¹⁰

La legge 76/16 ha esteso la medesima disciplina anche ai conviventi di fatto, sia eterosessuali che omosessuali, con la significativa differenza che non opera un automatismo che abiliti il convivente di fatto a prendere per l'altro le decisioni in materia di salute, in caso di malattia che comporti incapacità di intendere e di volere, nonché in caso di morte, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie. In tali casi è necessario che, previamente, ciascun convivente di fatto abbia designato l'altro, quale suo rappresentante con poteri pieni o limitati, in forma scritta e autografa oppure, in caso di impossibilità di redigerla, alla presenza di un testimone. In caso di mancanza della designazione, le decisioni spetteranno al parente più prossimo, salvo il caso che i parenti vogliano seguire comunque le indicazioni del convivente, nonché la possibilità di quest'ultimo di rivolgersi all'autorità giudiziaria, in via d'urgenza, per ottenere che sia rispettata quella che è, o era, la volontà del/la partner rispetto alla specifica decisione da adottarsi. Al pari del coniuge, l'unito civilmente e il convivente di fatto possono essere nominati dal giudice, amministratore di sostegno, tutore o curatore dell'altra parte, con precedenza su altri familiari.

13. Indicazioni di comportamento per i professionisti sanitari

Alcune annotazioni sulla **formazione professionale in sanità** (Figura 1) ci portano a constatare come la cultura accademica anche in Italia sia caratterizzata da un approccio permeato da eteronormatività. Nella formazione dei professionisti sanitari vanno, infatti, segnalate numerose lacune legate al sesso, ancorate a tabù sessuali, che possiamo ascrivere a quell'omofobia interiorizzata da parte di chi agisce l'omofobia stessa, di cui parlavamo qualche pagina fa. Si pensi al fatto che in generale esiste una difficoltà di approccio ai temi inerenti sessualità e l'identità sessuale, che può trovare i professionisti sanitari molto lontani dall'aver consapevolezza non solo delle varie identità sessuali che l'umanità presenta, ma anche dei conseguenti provvedimenti e dispositivi. I manuali di anatomia e fisiologia tutt'ora adottati nelle facoltà universitarie presentano riferimenti solo al corpo dell'uomo, senza considerare e analizzare la donna (Signani, 2013).

Accettare e capire l'importanza del *genere* è, per ogni persona, una conquista a tappe che parte dalla volontà di *de-costruire* posizioni di pensiero abitudinarie. Si tratta di nozioni e posizioni apprese durante l'arco della propria vita, che non sempre si adattano facilmente alla comprensione delle nuove forme di espressione della sessualità e soddisfazione emozionale di cui, oggi, è inevitabile prendere atto. Sono aspetti che ridefiniscono anche il rapporto tra professionisti sanitari e pazienti e richiedono che la comunicazione incentrata sul paziente, oltre che mirata a favorire soddisfazione, rispetto delle prescrizioni terapeutiche e migliori risultati per la salute, sia volta a garantire sicurezza e un livello elevato di prestazioni sanitarie a tutti i pazienti.

Per ovviare possibili inconvenienti nella relazione con il /la paziente, elenchiamo di seguito alcune *indicazioni di comportamento* per professionisti della salute¹¹.

Essere consapevole di pregiudizi, errori, stereotipi e altre barriere alla comunicazione.

L'analisi dei dati di una ricerca condotta tra i professionisti dal Servizio Sanitario della Toscana mette in luce pensieri e atteggiamenti che vanno dal considerare gli omosessuali e i transgender come persone normali e libere di essere e comportarsi come preferiscono, al riferire di tenere nei loro riguardi un atteggiamento "esclusivamente professionale", al mostrare veri e propri pregiudizi, senza rendersene conto. La quasi totalità del campione (91,3%) non ritiene opportuno chiedere ai propri pazienti l'orientamento sessuale. Atteggiamento che viene giustificato come "non rilevante ai fini diagnostico-assistenziali" o utile per il "rispetto della privacy", ma che lascia intendere una difficoltà alla presa in carico della persona nella sua globalità e un impedimento al creare l'auspicato clima relazionale non giudicante e di fiducia, utile a facilitare confidenze e coming out. (Piz, s.d.) *Coming out*¹² è l'espressione inglese usata per indicare la decisione di dichiarare la propria omosessualità o altro orientamento sessuale. In senso più allargato il *coming out* rappresenta l'intero percorso che una persona compie per prendere coscienza della propria omosessualità, accettarla, iniziare a vivere relazioni sentimentali coerenti al proprio orientamento e dichiararsi all'esterno. L'effetto del coming out per la persona interessata è quello di vivere la propria identità sessuale alla luce del sole. Spesso essere parte di un'associazione LGBT favorisce la persona nel disvelamento del proprio orientamento sessuale. Si tenga conto che, per la tipologia di relazione di cura, i professionisti della salute possono essere i primi, con i quali la persona LGBT si sente disposta a fare *coming out*.

¹¹ Liberamente tratto da : The Joint Commission , 2011; da Lingiardi, Nardelli , 2013

¹² Il *coming out* va distinto dal più noto *outing*. Quest'ultima è l'espressione inglese usata per indicare il fatto che viene rivelata l'omosessualità o altro orientamento sessuale "non solo etero", da parte di altre persone diverse dall'interessato/a.

E' importante comprendere l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona, parlandone direttamente con la persona stessa. Si tenga però presente che questo dato da solo non ci dice nulla sulle relazioni familiari di quel/la paziente, su religione, classe sociale e status economico, su convinzioni, gruppo etnico di appartenenza, eventuali abilità o disabilità, comportamento o altri fattori che possono avere un notevole impatto sulla salute e sul benessere. Occorrerebbe evitare di formarsi opinioni su questi aspetti basandole su stereotipi, errori o pregiudizi.

Mantenere un atteggiamento non giudicante.

Le professioni d'aiuto, e tra queste quella sanitaria, riconoscono la necessità di un coinvolgimento attivo del malato nel processo di cura. Un atteggiamento non giudicante, sia nelle parole che nelle posture e atteggiamenti, metterà a proprio agio il/la paziente, creerà le condizioni in grado di facilitare la conversazione e favorirà la buona accettazione della pratica sanitaria. A tal proposito può essere utile rispolverare le nozioni basilari della terapia centrata sul paziente (Rogers, 1994) e della pragmatica della comunicazione umana (Watzlavick, 1967).

Usare un linguaggio neutro e inclusivo nei colloqui con i pazienti.

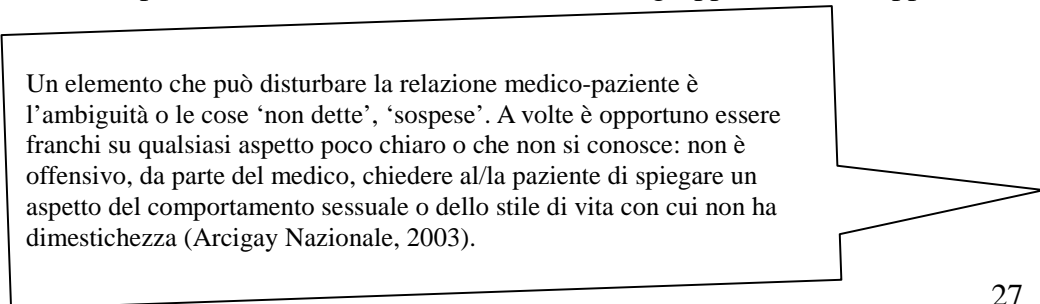
Promuovere un'interazione con i pazienti, sensibile e scevra di pregiudizi si traduce in una comunicazione più efficace sotto il profilo sanitario e rende il/la paziente più disponibile a fornire informazioni importanti per le sue cure. Una domanda, anche solo dalla sua formulazione, può comunicare inclusività e considerazione. Occorre fare attenzione a porre domande che presuppongano il dare per scontato l'eterosessualità (ad esempio "è sposato/a?") o riferimenti a mariti o mogli. Quando si fanno domande sulle relazioni famigliari chiedere piuttosto "chi sono le persone importanti nella sua vita?" Oppure "da chi è composta la sua famiglia?"

Facilitare la manifestazione dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere ma essere consapevoli che questa manifestazione è un processo individuale.

I professionisti della salute dovrebbero facilitare il più possibile i/le pazienti nel manifestare la propria identità e orientamento sessuale, pur ricordando che spetta unicamente al/la paziente (e in modo libero) la decisione se esplicitare questo aspetto della propria personalità e vita. Frasi che avviano una conversazione con la formula "È d'accordo se parliamo di orientamento sessuale?" possono aiutare il/la paziente a sentirsi accolto nel racconto di se stesso/a.

Riconoscere che l'auto-identificazione e il comportamento del/la paziente, non sempre coincidono.

Il rapporto fra come una persona s'identifica e si comporta, può essere fluido e cambiare nel tempo. Per esempio, un uomo può identificarsi come eterosessuale ma avere rapporti sessuali con altri uomini, oppure una donna può identificarsi come lesbica ma avere avuto, in passato, rapporti con uomini. Inoltre, il modo in cui le persone utilizzano espressioni d'identità sessuale, varia spesso, secondo conoscenze e competenze, età, classe socio-economica e gruppo etnico di appartenenza e fase della vita.



Un elemento che può disturbare la relazione medico-paziente è l'ambiguità o le cose 'non dette', 'sospese'. A volte è opportuno essere franchi su qualsiasi aspetto poco chiaro o che non si conosce: non è offensivo, da parte del medico, chiedere al/la paziente di spiegare un aspetto del comportamento sessuale o dello stile di vita con cui non ha dimestichezza (Arcigay Nazionale, 2003).

In sintesi:

- 1. Essere consapevole dei pregiudizi, degli errori, degli stereotipi e delle altre barriere alla comunicazione.**
- 2. Mantenere un atteggiamento non giudicante.**
- 3. Usare un linguaggio neutro e inclusivo nei colloqui con i pazienti.**
- 4. Facilitare la manifestazione dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere, nell'essere consapevoli che questa manifestazione è un processo individuale.**
- 5. Riconoscere che l'auto identificazione del paziente e il comportamento, possono non sempre coincidere.**

1. Alencar Albuquerque G. et al. (2016) *Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review*. BMC International Health and Human Rights, 16:2
2. Arcigay (2013) *Pratiche positive. Interventi di contrasto alla discriminazione e all'esclusione in ambito socio-sanitario dei pazienti LGBT con infezione da HIV. Report della ricerca*.
3. Arcigay Nazionale (2003) *Pazienti imprevisi. Pratica medica e orientamento sessuale*. ISS/Programma nazionale sull'AIDS.
4. Brown T. M., Fee E. *Alfred C. Kinsey: A Pioneer Of Sex Research*. Am J Public Health. 2003 June; 93(6): 896–897.
5. Council of Europe (2011, 2nd ed.) *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe* http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf
6. Fausto-Sterling A. (1993) *The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough*. The Sciences March/April, pp. 20-24.
7. Fausto-Sterling A. (2000) *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Basic Books, New York.
8. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights Austria (2015) *Protection against discrimination on grounds of sexual orientation, gender identity and sex characteristics in the EU Comparative legal analysis Update 2015* http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/protection_against_discrimination_legal_update_2015.pdf
9. Frost D.M., Meyer I.H. (2009) *Internalized Homophobia and Relationship Quality among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals*. J Couns Psychol. 56(1): 97-109
10. ISTAT “La popolazione omosessuale nella società italiana. Anno 2011” (2012)
11. Legato M. (2011) *The Homosexual and Transgendered Individual: Deviant or Part of the Normal Human Continuum?*. Gender Medicine, Vol. 8, n. 4.
12. Lingiardi V., Nardelli N. (2013) *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone gay, lesbiche e bisessuali*, in Ordine degli psicologi del Lazio (a cura di), Etica. Competenza. Buone prassi. Lo psicologo nella società di oggi, Raffaello Cortina, Milano: 226-313
13. Perry L., Ballard-Reisch D. (2004) *There's a rainbow in the closet*, in Backlund P.M., Williams M.R., Readings in gender communication, Wadsworth/Thomson Learning, Belmont (USA).
14. Piz R. (a cura di) (s.d.) *Pazienti non previsti in Ospedale. Atteggimento del personale sanitario verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e transessuale (LGBT)*. Servizio Sanitario della Toscana
15. Prati G., Coppola M., Saccà F. (a cura di) (2010) *Report finale della ricerca nazionale sul bullismo omofobico nelle scuole superiori italiane*. Bologna. www.arcigay.it.
16. Rogers C.R. (1994) *La terapia centrata sul cliente*. Martinelli, Firenze
17. Russel G.M., Bohan J.S. (2006) *The Case of Internalized Homophobia. Theory and Psychology*, Vol. 16(3): 343-366
18. Ruiz C. *Identity 2016: What's it like to date someone who's asexual?* BBC News Magazine 30 April 2016
19. Signani F. (2015) *Salute Bene Comune*. Volta la carta, Ferrara.
20. Signani F. (2013) *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*. Este Edition, Ferrara.
21. Stein T.S. (1993) *Overview of new development in understanding homosexuality* in Oldham J.M., et al. (Eds.) Review of Psychiatry, Vol. 12:9-40, American Psychiatric Press, Washington DC.
22. The Joint Commission (2011) *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family - Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide*. Oak Brook, IL, LGBTFieldGuide.pdf.
23. UNAR Ufficio Nazionale contro le discriminazioni /Presidenza del Consiglio dei Ministri (2013) *Strategia Nazionale LGBT 2013 – 2015*. www.unar.it
24. Watzlavick, P., Beavin, J., H. Jackson D. D. (1967) *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma

Allegato A. Le famiglie omogenitoriali e la pratica medica

con il contributo di Henry Gallamini, referente interno di Famiglie Arcobaleno - Associazione Genitori Omosessuali - gruppo locale Emilia-Romagna e Marche

1. Consulenza ginecologica
 2. L'accompagnamento alla nascita
 3. Consulenza pediatrica
 4. Consulenza psicologica
 5. Le deleghe al genitore non biologico
- Bibliografia dell'Allegato A

Le famiglie omogenitoriali e la pratica medica

In Italia la legge 76/2016 che consente alle coppie dello stesso sesso di unirsi civilmente, non interviene in materia di genitorialità, anzi esclude che le coppie unite civilmente possano accedere all'adozione. Questo comporta che le famiglie omogenitoriali con figli, che anche se non riconosciute dalla legge, esistono di fatto, possano essere soggette ad una duplice forma di discriminazione: una diretta, in quanto possibili vittime di stereotipi e pregiudizi omofobici; una indiretta, conseguenza di un sistema giuridico che non le contempla.

Negli Stati Uniti nel 2010 erano 6 milioni le persone con almeno un genitore omosessuale, e circa 220.000 i bambini e le bambine sotto i 18 anni che stanno crescendo in famiglie composte da genitori dello stesso sesso. Sarebbero 650.000 le coppie LGBT che convivono negli USA e 125.000 le famiglie con figli minori, con una media di 1.75 bambini per nucleo familiare. Se nel Nord-America la realtà delle famiglie omogenitoriali è ormai consolidata, in Italia è ancora oggetto di un acceso dibattito pubblico (De Simone, 2015; Bastianoni, Baiamonte, 2015).

In Italia, secondo l'indagine MODI.DI¹³ nel 2005, su circa 7.000 omosessuali, il 18% dei gay e il 21% delle lesbiche over 40 dichiarava di avere figli: si è stimato che circa 100.000 minori vivessero con almeno un genitore omosessuale, la maggior parte dei minori era nata da relazioni eterosessuali precedenti. Si tratta di un dato probabilmente sottostimato, dal momento che l'omogenitorialità, non possedendo ancora alcuna regolamentazione giuridica, non può essere censita in modo attendibile. Famiglie Arcobaleno (Associazione genitori omosessuali), una delle principali associazioni di genitori omosessuali, è stata fondata nel 2005, da 5 coppie. Nel settembre 2015 i soci dell'Associazione erano più di 1.000 e i bambini e i ragazzi nati da soci dell'associazione, erano 500. Le persone omosessuali possono diventare genitori in vari modi. In molti casi, i bambini che crescono all'interno di famiglie omogenitoriali sono nati da relazioni eterosessuali precedenti. Negli altri casi, si tratta di bambini nati in famiglie "a fondazione lesbica o gay", attraverso il ricorso alle tecniche di "procreazione medicalmente assistita" PMA o alla "gestazione per altri" GPA, vista anche l'impossibilità in Italia di accedere, all'adozione legale¹⁴, che è invece riservata alle sole coppie unite in matrimonio, ad eccezione dell'adozione in casi particolari¹⁵. In entrambi i casi i genitori omosessuali devono recarsi all'estero in quanto in Italia, la legge 40/2004 riserva l'accesso

¹³ Indagine Modi-di condotta da Arcigay con l'approvazione e il finanziamento dell'Istituto Superiore di Sanità. Testo tratto da <http://www.famigliearcobaleno.org/it/informazioni/studi-e-ricerche/>

¹⁴ A oggi l'adozione da parte di single omosessuali è consentita in venti dei ventotto paesi UE (Austria, Belgio, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Islanda, Irlanda, Lettonia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, cui si deve aggiungere la Svizzera. L'adozione congiunta è legale in nove di essi (Belgio, Danimarca, Francia, Islanda, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna, Svezia, cui si deve aggiungere nel resto del mondo: Argentina, Australia (parte), Brasile, Canada, Gibilterra, Isola di Man, Isola di Jersey, Messico (parte), Nuova Zelanda, Sudafrica, Uruguay).

¹⁵ L'adozione in casi particolari disciplinata dall'art. 44, comma 1, lettera d) della legge in materia di adozione consente l'adozione del figlio/a del/della partner. La previsione legislativa stabilisce che tale adozione può essere dichiarata se è nell'interesse del minore anche all'interno di coppie dello stesso sesso, come ha confermato la Corte di cassazione (sent.12962/16).

alle PMA alle coppie eterosessuali sposate o conviventi e vieta per tutti la GPA, situazione non modificata dalla recente legge n. 76/2016 sulle "unioni civili".

Nel caso di coppie omosessuali con figli, l'Italia riconosce solo il genitore biologico, mentre l'altro è un genitore "di fatto", spesso definito "genitore sociale"; la situazione non cambia nemmeno nel caso in cui la legge dello stato estero di nascita del/la figlio/a riconosca entrambe le persone dello stesso sesso come genitori legali.

Quando le famiglie omogenitoriali entrano in contatto con i luoghi sociali della quotidianità (lavoro, condominio, mercato, scuola, consultorio, ASL, Ospedale, ecc.) iniziano la loro esperienza di "visibilità". Iniziano a "raccontare" la propria famiglia agli amici, ai colleghi, ai vicini, alle persone con cui entrano in relazione.

La visibilità non è una scelta ideologica, ma un passo fondamentale per le famiglie omogenitoriali in quanto la dichiarazione e la richiesta di legittimazione, proiettate verso il mondo esterno (con le famiglie di origine, gli amici, i conoscenti, con il pediatra, a scuola, sul lavoro, con i servizi pubblici e privati, ecc.) hanno come fondamento interno la stabilità e la trasparenza del rapporto con i figli (De Simone, 2015; Bastianoni, Baiamonte, 2015).

Per le famiglie omogenitoriali, che spesso si confrontano con situazioni di mancata accettazione e assenza di diritti, l'accoglienza e il riconoscimento "sociale" sono fondamentali per poter vivere una vita serena.

Accertato che le famiglie omogenitoriali devono affrontare un compito evolutivo supplementare rispetto a quelle "tradizionali", ossia confrontarsi con le credenze socialmente condivise sulla legittimità o meno delle loro forme familiari, possiamo individuare almeno cinque ambiti (cfr Converti, 2013) in cui le famiglie omogenitoriali possono trovare ostacoli in ambito medico: nell'accoglienza ginecologica, pediatrica, psicologica; nell'accompagnamento alla nascita; nelle questioni legate alle deleghe al genitore non biologico.

Va considerato che la questione dell'omogenitorialità è oggetto di dibattito pubblico frequente, di conseguenza, anche in mancanza di informazioni puntuali e attente in materia, molte persone tendono a manifestare giudizi pro o contro. I professionisti sanitari dovrebbero astenersi da questo comportamento che, se messo in atto, è pregiudizievole nel rapporto con il/la paziente. Infatti, l'espressione di "giudizio morale" soggettivo, a valutazione della condizione sessuale del/la paziente, non rientra nella corretta relazione di cura.

Consulenza ginecologica

Le lesbiche italiane accedono solitamente alle tecniche di procreazione medicalmente assistita all'estero, ed essendo assai svantaggiata la permanenza lontano da casa, proseguono la gravidanza e partoriscono, quasi sempre in Italia. L'accoglienza positiva e il rispetto verso la madre lesbica (e la sua eventuale compagna) è importante: il /la professionista sanitario/a è chiamato/a a non confondere "istinto materno" e "orientamento sessuale", a non ribadire l'importanza del padre, biologico o meno che sia. Il disagio che proverebbe la madre o la compagna potrebbe influire sulla gravidanza, soprattutto se la madre deciderà di omettere le cure ginecologiche per evitare di incorrere nello sguardo o nelle asserzioni giudicanti, quando non apertamente omofobiche, da parte dei professionisti sanitari.

L'accompagnamento alla nascita

I corsi e i servizi offerti e organizzati da Consultori e dai Centri per le famiglie (consulenza e assistenza ginecologica, corsi di accompagnamento alla nascita, corsi sull'allattamento, l'accudimento del neonato, le tecniche di contenimento del dolore, il dopo-parto, gli imprevisti, il ritorno a casa, i nuovi ritmi e la relazione di coppia, counseling genitoriale ed educativo, etc) dovranno sempre più attrezzarsi per accogliere coppie di mamme e coppie di papà.

Consulenza pediatrica

Quando in ambulatorio si presenta un neonato o un/a bambino/a con due genitori dello stesso sesso è auspicabile un'accoglienza senza riserve e con la stessa disinvoltura riservata alle altre coppie di genitori. Una famiglia omogenitoriale è soggetta a tutte le problematiche che possono accadere nelle altre famiglie.

Nel caso in cui il figlio sia geneticamente di uno solo dei due genitori, il percorso medico, la raccolta anamnestica e l'indagine su eventuali tare ereditarie dei genitori biologici sono le stesse per tutti i bambini. Così come non cambia l'anamnesi sugli stili di vita alimentare e le vaccinazioni. Ogni pratica genitoriale (incluso l'allattamento) segue le stesse regole di quelle dei genitori eterosessuali. In pratica la salute di un minore non è influenzata dall'orientamento sessuale dei genitori.

Ecco l'elenco dei pregiudizi e credenze omofobiche più frequenti che i professionisti dovrebbero evitare quando hanno in cura un minore con genitori omosessuali:

- “i figli devono avere una mamma e un papà”
- “una coppia omosessuale che desidera un figlio non ha fatto i conti con i limiti che la sua condizione gli impone”
- “le lesbiche e i gay non sono in grado di crescere un figlio”
- “le lesbiche sono meno materne delle altre donne”
- “le relazioni omosessuali sono meno stabili di quelle eterosessuali e quindi non offrono garanzia di continuità familiare”
- “i figli di persone omosessuali diventano più facilmente omosessuali” (Lingiardi, 2012)

Infatti occorre tenere presente che:

- ✓ i ruoli genitoriali non devono considerarsi ancorati al genere dei genitori (ad esempio: la paternità è un evento che può coinvolgere intensamente sul piano emotivo e affettivo quanto la maternità)
- ✓ le giovani coppie perseguono ideali di parità tra i coniugi e di condivisione piena delle responsabilità e dei compiti implicati nell'esercizio della genitorialità, e considerano intercambiabili gli atteggiamenti dell'uno e dell'altro nei confronti dei figli
- ✓ la cosiddetta "famiglia tradizionale" è lungi dall'essere l'unica possibile, poiché il dispositivo familiare è stato oggetto di mutazione e ridefinizioni continue nel tempo
- ✓ dal confronto tra genitori omo ed eterosessuali non sono emerse differenze per quanto concerne le capacità genitoriali, il concetto di sé e il benessere psicologico
- ✓ non esistono ricerche in grado di dimostrare difetti specifici nella continuità e durata delle coppie gay o lesbiche
- ✓ i percorsi di sviluppo e l'adattamento psicologico dei figli cresciuti da genitori omosessuali sono del tutto sovrapponibili a quelli mostrati da figli cresciuti da genitori eterosessuali.

Pertanto:

"E' nell'interesse del bambino lo sviluppo di un attaccamento verso genitori coinvolti, competenti e capaci di cure. La valutazione di queste capacità genitoriali dovrebbe essere determinata senza pregiudizio rispetto all'identità sessuale" (APA, 2012).

L'omosessualità è una condizione entro cui la genitorialità può essere pienamente esercitata. I fattori di rischio non risiedono nell'essere genitori omosessuali, ma nei pregiudizi sociali sugli omosessuali. "Le persone gay e lesbiche hanno sempre cresciuto bambini e continueranno a farlo anche in futuro; la questione è se questi bambini verranno cresciuti da genitori in possesso di diritti, benefici e tutele garantiti dal matrimonio civile (...). Un riconoscimento legale delle famiglie omogenitoriali avrebbe effetti positivi per la salute del bambino e dei suoi genitori. (AAP, 2013).

L'ultima questione è cosa consigliare ai genitori omosessuali rispetto al *coming-out*¹⁶ in famiglia. Nel caso di famiglie omogenitoriali i consigli forniti in tutto il mondo sono quelli della massima sincerità sin dalla prima infanzia, della cura nel contattare i genitori e gli insegnanti nelle varie scuole dove i figli cresceranno, nell'assumere relazioni con altre famiglie omogenitoriali anche attraverso le Associazioni di riferimento.

Consulenza psicologica

Esiste ormai una consistente letteratura internazionale che fornisce importanti indicazioni a contrasto delle discriminazioni dei figli di coppie omogenitoriali. Si suggerisce il riferimento al documento UNICEF citato in bibliografia, come ai documenti dell'Accademia Americana dei Pediatri, che ha un Comitato per gli aspetti psicosociali della salute dei bambini e delle loro famiglie. Tra i diversi Comitati dell'Associazione degli Psicologi americani, uno tratta i temi legati a lesbiche, gay e bisessuali, un altro i temi legati ai bambini, ragazzi e famiglie, infine un terzo tratta il tema donne e psicologia. Sul tema delle famiglie omogenitoriali si è espressa anche l'Associazione Psicoanalitica americana.

In Italia il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi CNOP è membro del Comitato Scientifico del Portale Nazionale di informazione antidiscriminatoria sulle tematiche LGBT presso il Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. L'Ordine degli psicologi del Lazio ha adottato Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali (a cui si rifà parte di questo testo) con il contributo di Vittorio Lingiardi, psichiatra e psicoanalista, Professore ordinario di Psicologia dinamica all'Università La Sapienza di Roma, e lo psichiatra e psicoanalista Nicola Nardelli. Mentre Paola Bastianoni, Professore associato di Psicologia dinamica all'Università di Ferrara e Chiara Baiamonte, medico specialista in psicoterapia, hanno curato una interessante ricerca sulle famiglie omogenitoriali in Italia (2015). Inoltre Anna Maria Speranza, Professore Associato di Psicodinamica e psicopatologia dello sviluppo all'Università La Sapienza di Roma ha curato un numero monografico della rivista *Infanzia e adolescenza* (2015) sulla omogenitorialità e afferma "da un'importante rassegna dei numerosi studi psicologici che indagano quali fattori, a livello genitoriale, familiare, contestuale, influenzino l'adattamento psicologico dei bambini nelle famiglie contemporanee, emerge chiaramente come la dimensione più significativa sia rappresentata dalla *qualità* delle relazioni genitori-figli, dal *senso di competenza e sicurezza* dei genitori nell'esercitare la genitorialità, dalla qualità della relazione tra i genitori e dal supporto economico e sociale disponibile. Al contrario, l'insieme di queste ricerche sostiene che le cosiddette dimensioni strutturali della famiglia, determinate da fattori come il divorzio, la genitorialità singola, l'orientamento sessuale dei genitori o il legame biologico tra genitori e figli, non sembrano influenzare in maniera significativa il benessere e lo sviluppo del bambino".

Queste azioni culturali e di ricerca, allo stesso modo del presente quaderno, peraltro, sono volte a contrastare il permanere di una visione patologizzante dell'omosessualità, in professionisti perlopiù formati su testi clinici che includevano l'omosessualità tra le patologie psichiche (vedi a questo proposito il paragrafo 8).

Nei contesti clinici gli psicologi avranno sempre più spesso a che fare con contenuti legati all'omogenitorialità per esempio:

- senso d'impotenza rispetto alle difficoltà connesse all'aver dei figli;
- rabbia per le discriminazioni subite;
- timore di non ricevere supporto dalla "comunità gay" in quanto il ruolo di genitore viene visto a volte come un modo per conformarsi allo "stile di vita eterosessuale"
- senso d'inadeguatezza a essere genitore in quanto omosessuale;
- nel caso degli uomini gay, timore di essere meno capaci di crescere un bambino in quanto uomini oltre che omosessuali;

¹⁶ Vedi pagina 20.

- paura di non dare al bambino un ambiente familiare “normale”;
- senso di colpa per aver messo al mondo un bambino “con un problema in più, quello di avere due genitori omosessuali”
- nel caso dell’adozione, senso di colpa per avere aggiunto un problema (genitori omosessuali) a un trauma (essere stati abbandonati);
- competizione e/o rivalità con il/la partner su chi è il genitore più importante;
- gelosia, invidia e/o insicurezza nei confronti del/la partner che è genitore biologico.
- considerazione personale e sociale della rappresentazione della figura del donatore o della madre gestazionale (Lingiardi e Nardelli, 2014)

Ogni famiglia ha proprie specificità e bisogni, nelle famiglie omogenitoriali assume particolare importanza l’accompagnamento dei figli nella scoperta (a partire dai 2-3 anni) di altre forme di famiglia differenti dalla loro, valorizzando quest’ultima nella sua specificità e fornendo strumenti semplici e chiari per capire le diversità familiari (Ferrari, 2015).

In relazione a questo, il tema di come coniugare il bisogno di verità e trasparenza che hanno i bambini con la protezione nei confronti della discriminazione e delle paure che potrebbero provenire dalla società: per questo “è importante che lo psicologo sappia lavorare senza pregiudizi tenendo in considerazione la rappresentazione della figura del donatore o della madre gestazionale, cogliendone, insieme ai genitori effettivi, ombre, preoccupazioni, proiezioni e paure che non vanno trascurate ma raccontate ed elaborate” (Lingiardi Nardelli, 2014).

Ogni famiglia ha la sua storia, da raccontare con orgoglio, e il raccontarla senza infingimenti, utilizzando un linguaggio adeguato, è il fondamento per la stabilità e la trasparenza del rapporto con i figli, ai quali non sarà mai taciuta la verità sulla loro nascita e sul loro concepimento.

Le deleghe al genitore non biologico

Nella giurisprudenza italiana le famiglie omogenitoriali non sono considerate. Esistono norme che trattano le situazioni, in modo limitato, di madri e padri con figli che vivono insieme a loro e che possono essere inclusi nello stato di famiglia; i fratelli e le sorelle, figli di famiglie omogenitoriali da differente genitore biologico, non sono considerati come tali dalla legge e hanno spesso cognomi diversi.

Le famiglie omogenitoriali ricordiamo che solitamente sono composte da un genitore biologico e un genitore non con legami biologici, che chiameremo convenzionalmente “genitore sociale”. Solo il genitore biologico può disporre di congedi parentali o permessi per l’accudimento dei figli e solo il genitore legale può passare a prendere il proprio figlio a scuola senza bisogno della delega. I diritti di riconoscimento negati alle famiglie omogenitoriali, riguardano, non lo dimentichiamo, anche i minori cui è impedito il riconoscimento giuridico del proprio genitore sociale. Ai genitori sociali, non riconosciuti legalmente, sono negati i diritti e i doveri che tutti i genitori dovrebbero avere nei confronti dei figli nel vivere quotidiano, in vita e dopo la morte.

Al “genitore sociale” sono negati:

- decisioni sanitarie e per vaccinazioni
- permessi famigliari e assegni parentali
- ritiro dei figli da scuola
- partecipazione agli organismi scolastici con diritto di voto
- continuità affettiva con il minore in caso di separazione o di morte del genitore biologico
- dovere di mantenimento, assistenza, educazione e istruzione

In Italia il professionista sanitario non può fornire informazioni medico-legali relative ai figli a persone che non hanno la "responsabilità genitoriale", e tra queste vi è il genitore sociale. Il tema delle deleghe, proprio perché vissuto dal genitore sociale in modo per certi versi umiliante, va

tenuto in considerazione e gestito con sensibilità ed empatia in quanto i bambini di coppie omogenitoriali sono nati e concepiti all'interno di un rapporto di coppia nella quale anche i genitori sociali assumono quotidianamente compiti e oneri propri della responsabilità genitoriale.

Allegato A. Bibliografia

- AAP American Academy of Paediatrics - Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2013), *Promoting the Well-Being of Children Whose Parents Are Gay or Lesbian - Policy Statement*, Paediatrics, Vol. 131, N. 4, April <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2013/03/18/peds.2013-0376.full.pdf>
- APA American Psychological Association's – Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns; Committee on Children, Youth, and Families and Committee on Women in Psychology (2005) *Lesbian and Gay Parenting* <http://www.famigliearcobaleno.org/userfiles/file/parenting%20american%20association.pdf>
- APsychoanA American Psychoanalytic Association (2002) *Position Statement on Gay and Lesbian Parenting*, http://www.apsa.org/About_APsA/Position_Statements/Gay_and_Lesbian_Parenting.aspx
- Bastianoni P., Baiamonte C. (a cura di), (2015) *Le famiglie omogenitoriali in Italia. Relazioni familiari e diritti dei figli*. Edizioni Junior, Spaggiari Editore, Parma
- Converti M. (2013) *La salute delle famiglie omosessuali*, POL.IT, rivista Psychiatryonline Italia, <http://www.psychiatryonline.it/node/4644>
- Ferrari F. (2015) *La famiglia inattesa. I genitori omosessuali e i loro figli*. Mimesis, Sesto S.Giovanni MI
- Ferrari F.(2014) *Omogenitorialità, eterosessismo e ricerca scientifica*. GenIUS. Rivista di studi giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere, n.2: pp.109-119 <http://www.articolo29.it/genius/>
- Ferrari F., Ragaglia E. M., Rigliano P. (2015) *Gender: che cos'è, e cosa non è*. In collaborazione con SIPSIS Società Italiana di Psicoterapia per lo Studio delle Identità Sessuali. S.i.p.
- Ferrari F., Ragaglia E. M., Rigliano P. (2015) *Il "genere": una guida orientativa*. In collaborazione con SIPSIS Società Italiana di Psicoterapia per lo Studio delle Identità Sessuali. S.i.p.
- Gartrell N., Bos H. (2013) *Il National Longitudinal Lesbian Family Study (USA): l'adattamento psicologico negli adolescenti di 17 anni*. Omogenitorialità. Numero Monografico. *Infanzia e Adolescenza*, Rivista, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;12(2): 86-98
- Goldberg A. (2015) *Omogenitorialità. Famiglie con genitori gay o lesbiche: studi e ricerche*. Edizioni Erikson, Trento.
- *Infanzia e adolescenza*, 2013 vol 12 n 2 maggio-Agosto, http://www.infanziaeadolescenza.it/index.php?archivio=yes&vol_id=1328
- Lingiardi V. (2012) *Citizen gay - Affetti e diritti*, Il Saggiatore, Milano
- Lingiardi V., Nardelli N. (2013) *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone gay, lesbiche e bisessuali*, in *Ordine degli psicologi del Lazio (a cura di), Etica. Competenza. Buone prassi. Lo psicologo nella società di oggi*, Raffaello Cortina, Milano: 226-313
- Speranza A. M. (Introduzione), *Omogenitorialità*. Numero Monografico. *Infanzia e Adolescenza*, Rivista, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;12(2):71-73.
- Taurino A. (2016) *Due papà due mamme: sfatare i pregiudizi*. La Meridiana, Molfetta BA
- UNICEF (2014) *Eliminating discrimination against children and parents based on sexual orientation and/or gender identity*, Position Paper, No.9 - November http://www.unicef.org/esaro/Current_Issues_Paper-Sexual_Identity_Gender_Identity.pdf

Allegato B. Politiche a contrasto di discriminazione e stigma

con il contributo dell'Avv. Antonio Rotelli, Rete Lenford - Avvocatura per i diritti LGBT

Di seguito si offre una panoramica degli interventi attuati dagli organismi internazionali e dal legislatore italiano per contrastare le discriminazioni e violenze che sono conseguenza della omofobia, lesbofobia e transfobia, per la tutela dei diritti umani a favore delle persone LGBT (UNAR, 2013).

Contesto internazionale

“Lasciate che lo dica chiaro e forte: le persone lesbiche, gay, bisessuali e transgender hanno gli stessi diritti umani di qualunque altra persona. Anche esse sono nate libere e eguali”

Ban Ki-moon Segretario Generale ONU - New York, 11 dicembre 2012

Discorso agli Stati per esortarli a porre fine alla violenza e alla discriminazione contro le persone LGBT

Nel 2008 Francia e Olanda, anche a nome dall'Unione europea, hanno presentato una risoluzione all'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite ONU, organismo cui è delegata l'attuazione della Convenzione Internazionale sui Diritti Civili e Politici negli Stati firmatari, recante la richiesta di abrogazione delle leggi che criminalizzano le persone in base al loro orientamento sessuale o all'identità di genere e la fine delle discriminazioni nei confronti delle persone LGBT. La risoluzione ha avuto il sostegno di 94 stati e l'opposizione di altri 57. L'ampio consenso raccolto non è stato ancora sufficiente per portare alla sua adozione, benché essa rappresenti già di per sé il più importante riferimento a livello internazionale d'impegno a favore dei diritti umani e della dignità delle persone LGBT.

Nella sua scia, il 17 giugno 2011 la Commissione dei Diritti Umani dell'ONU ha adottato la risoluzione 17/19. La risoluzione ha una portata storica perché è la prima adottata da un organismo internazionale come l'ONU e contiene: una veemente condanna della violazione dei diritti umani delle persone LGBT; un ricordo del ruolo della Commissione stessa; la promozione dei diritti umani a prescindere dalle caratteristiche personali degli esseri umani a livello universale; l'impegno a realizzare uno studio sulle leggi che nel mondo discriminano le persone LGBT e sulle pratiche e atti di violenza di cui sono vittime; infine la richiesta di analisi degli strumenti che il diritto internazionale può approntare per porre fine alla violazione dei diritti umani delle persone LGBT. Il Commissario ONU per i diritti umani ha dato seguito alla Risoluzione, pubblicando nel novembre 2011 (A/HRC/19/41) uno studio che analizza la violenza praticata nei confronti delle persone LGBT, le leggi nazionali e le pratiche discriminatorie (incluse quelle in materia familiare) e propone delle raccomandazioni.

Anche l'Organizzazione degli Stati Americani (OAS) ha adottato diverse risoluzioni per combattere la discriminazione e la violenza nei confronti delle persone LGBT. Quella adottata nel 2009 richiama la risoluzione presentata all'Assemblea Generale dell'ONU, mentre quella adottata nel 2011 ha consentito la realizzazione da parte della Commissione Interamericana sui Diritti Umani (IACHR) di uno studio sulle implicazioni legali, concettuali e linguistiche, legate all'orientamento sessuali, all'identità e all'espressione di genere.

Contesto Europeo

Nell'ambito dell'Unione europea esiste un generale divieto di discriminazione in base all'orientamento sessuale delle persone, che è contenuto nei trattati istitutivi e si estende a tutte le materie di competenza dell'Unione¹⁷. Inoltre, l'Unione ha adottato nel 2000 la Carta dei Diritti Fondamentali dei cittadini dell'Unione europea (c.d. Carta di Nizza), che ribadisce il divieto

¹⁷ Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea, articolo 10.

generale di discriminazione in base all'orientamento sessuale e tutela il diritto di sposarsi e di costituire una famiglia, senza escludere che esso possa essere esteso dagli Stati membri anche alle coppie dello stesso sesso. La Carta dei Diritti Fondamentali dal 2009 ha lo stesso valore giuridico vincolante dei Trattati istitutivi dell'Unione.

Oltre agli interventi di natura legislativa realizzati mediante regolamenti o direttive che contengono specifiche previsioni a favore delle persone LGBT¹⁸, numerose sono state le risoluzioni del Parlamento europeo che richiedono agli Stati membri il rispetto dei diritti e della dignità delle persone LGBT, inclusa la richiesta di riconoscere diritti in materia familiare, anche attraverso l'estensione del matrimonio in senso egualitario.

L'Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea pubblica periodicamente studi e report che valutano il livello di tutela delle persone LGBT all'interno dell'Unione europea¹⁹.

Il Consiglio d'Europa (COE) è intervenuto più volte per promuovere azioni tese a realizzare il rispetto e il pieno godimento dei diritti umani da parte delle persone LGBT²⁰. In particolare, nella fondamentale Raccomandazione CM/Rec(2010)5 il Comitato dei Ministri²¹ ha rimarcato che le persone LGBT sono state vittime per secoli di intolleranza e di discriminazione, anche all'interno delle loro famiglie, nonché vittime di criminalizzazione, marginalizzazione, esclusione sociale e violenza. Di particolare importanza è il richiamo al principio secondo il quale non può essere invocato nessun valore culturale, tradizionale o religioso, né qualsivoglia precetto derivante da una "cultura dominante" per giustificare i discorsi d'odio o qualsiasi forma di discriminazione, diretta o indiretta, fondate sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere delle persone. Agli Stati membri la Raccomandazione ha chiesto di combattere tali discriminazioni, modificando le proprie leggi e promuovendo nuovi ed efficaci interventi legislativi che assicurino il rispetto dei diritti umani delle persone LGBT, anche in ambito familiare.

E' di particolare importanza la Raccomandazione nel campo della salute (Paragrafo VII, 33), che così cita:

Gli Stati membri dovrebbero:

- ✓ adottare misure legislative - Solo il genitore biologico può disporre di congedi parentali o permessi per l'accudimento dei figli e solo il genitore legale può passare a prendere il proprio figlio a scuola senza bisogno della delega di altro tipo adeguate per garantire l'effettivo godimento dei più elevati livelli raggiungibili di salute, senza discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere;
- ✓ prendere in considerazione le esigenze specifiche delle persone lesbiche, gay, bisessuali e transessuali al momento dell'elaborazione dei piani sanitari nazionali e del monitoraggio e della valutazione della qualità dei servizi sanitari e delle cure mediche fornite, in particolare predisponendo misure volte a prevenire il suicidio, indagini sanitarie, programmi di insegnamento di materie mediche, corsi di formazione e relativo materiale.
- ✓ adottare, in quei Paesi tra i 47 del COE che ancora lo prevedono, misure appropriate per escludere l'omosessualità dalla classificazione delle malattie, conformemente alle norme dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

¹⁸ Ad esempio la Direttiva 2000/78, recepita in Italia con il Decreto Legislativo n. 216 del 2003, che vieta la discriminazione in materia di lavoro.

¹⁹ Si veda il Report dell'Agenzia pubblicato nel dicembre 2015 sul proprio sito, al seguente indirizzo: <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/lgbti-comparative-legal-update-2015>.

²⁰ Raccomandazioni 924/1981; 1470/2000; 1635/2003; 1915/2010; Risoluzione 1728/2010.

²¹

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804c6add>

- ✓ adottare misure appropriate per garantire alle persone transgender l'accesso effettivo, senza eccessivi requisiti di ammissione, ai servizi specialistici per la riattribuzione del sesso, comprendenti l'indicazione di specialisti con competenze in psicologia, endocrinologia e chirurgia; nessuno dovrebbe essere sottoposto a procedure di riattribuzione del sesso senza il suo consenso; vanno infine adottate misure legislative e di altro tipo appropriate per garantire che qualsiasi decisione destinata a limitare la copertura dell'assicurazione sanitaria per le procedure di riattribuzione di sesso siano lecite, oggettive e proporzionate.

Nel giugno 2011 il Commissario per i Diritti Umani del COE ha pubblicato una dettagliata analisi socio-legale sulla condizione delle persone LGBT in tutti gli Stati membri del COE. L'azione svolta dal COE a tutela dei diritti delle persone LGBT risulta particolarmente efficace anche grazie alla Corte Europea dei Diritti Umani (CEDU), organismo che tutela i diritti umani sulla base della Convenzione firmata a Roma dagli Stati membri del COE nel 1950.

La giurisprudenza della CEDU è stata in grado di determinare o influenzare nei 47 Stati membri del COE l'abrogazione di numerose legislazioni discriminatorie nei confronti delle persone LGBT²².

Contesto italiano

Con l'introduzione della legge n. 164 del 1982, il legislatore ha consentito la rettificazione dell'attribuzione di sesso alle persone transessuali, ovvero la possibilità che le persone transessuali possano adeguare i caratteri sessuali alla propria identità di genere e ottenere la modifica dell'atto di nascita con l'indicazione del nuovo genere e del nome corrispondente.

In materia di lavoro esistono più disposizioni che vietano discriminazioni dirette e indirette in ragione dell'orientamento sessuale della persona²³. Invece, alle persone transessuali in ambito lavorativo si applicano interamente leggi che tutelano la parità tra uomo e donna, in base ad una decisione della Corte di giustizia dell'Unione europea, recepita dalla direttiva in materia di pari opportunità²⁴.

Il testo unico dei servizi audiovisivi e radiofonici, vieta la discriminazioni fondata, tra l'altro, sull'orientamento sessuale, nell'ambito delle comunicazioni commerciali²⁵.

Nel 2016 è stata approvata la legge n. 76 che ha introdotto in Italia l'istituto delle unioni civili, al quale possono accedere le coppie formate da persone dello stesso sesso. Si tratta di un istituto volto a disciplinare il diritto fondamentale alla vita familiare delle persone omosessuali, riconoscendo una modifica dello status delle persone che si uniscono civilmente e una serie di diritti e doveri assimilabili a quelli nascenti dal matrimonio. Infatti, anche se la disciplina delle unioni civili e

²² Tra le sentenze più rilevanti della CEDU si possono ricordare quelle che sono intervenute in materia penale (Dudgeon v. Regno Unito; Norris v. Irlanda); sull'età del consenso (X. v. Regno Unito; S.L. v. Austria); sulla libertà di assemblea, associazione e espressione (Buczowski e Altri v. Polonia; Alekseyev v. Russia); sull'adozione di minori (E.B. v. Francia; Gas e Dubois v. Francia); sul lavoro e sulla previdenza (Karner v. Austria; Kozak v. Polonia); sulle forze armate (Smith e Grady v. Regno Unito; Brown v. Regno Unito); sulla famiglia e la sua regolamentazione (Schalk e Kopf v. Austria; Oliari ed altri contro Italia); sull'identità di genere (Rees v. Regno Unito; Christine Goodwin v. Regno Unito).

²³ Decreto legislativo n. 216 del 2003, di recepimento della direttiva 78/2000, già citata; articolo 15, della legge n. 300 del 1970, recante lo Statuto dei lavoratori; articolo 7 del decreto legislativo n. 165 del 2001, recante il Testo unico in materia di pubblico impiego; articolo 10 del decreto legislativo n. 276 del 2003, che vieta indagini sull'orientamento sessuale dei candidati ad un posto di lavoro; art. 1468 del decreto legislativo n. 66 del 2010, recante il Codice dell'ordinamento militare; art. 21 del decreto legislativo n. 183 del 2010, in materia di Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

²⁴ Direttiva 2006/54/EC, in materia di attuazione del principio di pari opportunità e parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro e occupazione.

²⁵ Art. 36-bis del decreto legislativo n. 177 del 2005.

quella del matrimonio sono sovrapponibili per molti aspetti, tra i due istituti permangono differenze, ad esempio in materia di filiazione. A tal proposito, la sentenza della Cassazione n. 12962 del 26 maggio 2016 ha confermato la precedente giurisprudenza con la quale è stata riconosciuta la possibilità per una donna di adottare i figli della propria partner, quando essi già non abbiano il secondo genitore. Si tratta di una forma di adozione detta “in casi particolari”, prevista e disciplinata dalla legge in materia di adozioni. Pur rappresentando la sentenza della Cassazione, un autorevole orientamento, occorrerà verificare se il principio stabilito sarà confermato anche per le coppie formate da due uomini, alle quali già in almeno un caso il Tribunale per i minorenni ha riconosciuto l’adozione dei figli del partner.

In via generale, va ricordato che nel nostro ordinamento la capacità genitoriale delle persone omosessuali è stata più volte riconosciuta da parte della giurisprudenza, in particolare nell’ambito di procedimenti di separazione tra coniugi. La sentenza della Cassazione n. 601 dell’11 gennaio 2013, ad esempio, ha stabilito che valutare apoditticamente (in modo dogmatico) come pregiudizievole l’inserimento di un minore in una famiglia composta da due donne legate da una relazione omosessuale, è frutto non di certezze scientifiche o dati di esperienza, ma di un «mero pregiudizio». Già nel 1999, la CEDU aveva affermato che costituisce discriminazione in base all’orientamento sessuale il negare l’affidamento della figlia a un padre omosessuale, che a seguito di divorzio aveva costituito una nuova famiglia con un altro uomo²⁶.

L’ordinamento italiano, in materia penale, non prevede tuttora una normativa specifica contro i reati commessi in ragione dell’orientamento sessuale o dell’identità di genere di una persona. A tale proposito, in diverse occasioni il Parlamento ha esaminato proposte di legge in materia, giungendo solo nella XVII legislatura ad approvare in prima lettura un testo che modifica e integra la legge Mancino-Reale in materia di repressione dei crimini d’odio.

Va segnalato che vi sono anche alcune Regioni che hanno approvato leggi o provvedimenti, nelle materie di loro competenza, con le quali hanno inteso contrastare le discriminazioni fondate sull’orientamento sessuale o l’identità di genere. Ad esempio, sono intervenute in ambiti come l’accesso ai servizi, la promozione di politiche attive in ambito lavorativo, la raccolta di dati statistici o la somministrazione di ormoni a carico del servizio sanitario nazionale.

In Italia l’Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali a difesa delle differenze (UNAR)²⁷, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega ad occuparsi anche delle persone omosessuali e trans, ha presentato nel 2013 la Strategia Nazionale di attuazione della Raccomandazione CM/Rec(2010)5, per la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere. Strategia che non ha ancora trovato la sua piena attuazione in importanti ambiti, per esempio quello della scuola e che non prevede, stranamente, un’applicazione nell’ambito sanitario. Dall’8 luglio 2016 è attivo²⁸ il “Portale Nazionale di informazione antidiscriminatoria sulle tematiche LGBT” che si propone di “promuovere una maggiore conoscenza della dimensione LGBT per contrastare ogni forma di discriminazione basata sull’orientamento sessuale e l’identità di genere”.

²⁶ Corte europea dei diritti dell’uomo, Salgueiro Da Silva contro Portogallo, decisione del 21 dicembre 1999.

²⁷ <http://www.unar.it/unar/portal/?lang=it>

²⁸ <http://www.portalenazionalelgbt.it/>. Il portale è nato su iniziativa del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con UNAR e l’amministrazione Comunale di Torino nel ruolo di Segreteria Nazionale della Rete RE.A.Dy (Rete nazionale delle Pubbliche Amministrazioni anti discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere). Alle attività ha preso parte anche il Gruppo Nazionale di Lavoro, previsto dalla “Strategia Nazionale LGBT”, costituito da UNAR con Decreto direttoriale n. 250 del 20 novembre 2012 e composto da rappresentanti di 29 Associazioni LGBT.



COMUNE
DI FERRARA
Città Patrimonio dell'Umanità



Regione Emilia-Romagna
Assemblea legislativa



Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -



circomassimo
arcigay e arcilesbica
ferrara



ARCIGAY
Associazione LGBTI Italiana



arcilesbica
associazione nazionale



agedo
Bologna
Associazione genitori, parenti,
amici/ di persone LGBT



FAMIGLIE ARCOBALENO
ASSOCIAZIONE GENITORI OMOSESSUALI



CENTRO DONNA GIUSTIZIA
FERRARA
0532 287440

Con il patrocinio della Regione Emilia Romagna
e dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna

Con l'adesione dei Sindacati Confederali:
CGIL e UIL di Ferrara

e dei Sindacati della Sanità di Ferrara:

Fassid-AUPI

Fedir Sanità

SINAFO (Sindacato categoria dei farmacisti)