

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN  
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

TESI DI LAUREA

Sanità in transizione:  
una ricerca qualitativa multicentrica sui modelli organizzativi  
per l'affermazione di genere

Relatrice:

Prof.ssa Landuzzi Maria Gabriella

Candidata:

Mara Malesardi

Correlatrice:

Prof.ssa Furri Laura

matricola 495772

ANNO ACCADEMICO 2023/2024



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN  
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

TESI DI LAUREA

Sanità in transizione:  
una ricerca qualitativa multicentrica sui modelli organizzativi  
per l'affermazione di genere

Relatrice:

Prof.ssa Landuzzi Maria Gabriella

Candidata:

Mara Malesardi

matricola 495772

Correlatrice:

Prof.ssa Furri Laura

ANNO ACCADEMICO 2023/2024



## Sommario

Abstract.....	1
Lista delle abbreviazioni presenti nella tesi .....	3
Introduzione .....	5
1. Background: Questione di genere in sanità.....	9
1.1. Medicina genere – specifica e LGBTQ+: uno sguardo contemporaneo .....	9
1.2. L'incontro con i servizi sanitari: tra barriere ed esigenze specifiche delle persone LGBTQ+ .....	10
1.2.1. Minority stress .....	13
1.3. La disforia di genere in età adulta .....	14
1.3.1. Aspetti clinici della disforia di genere .....	15
1.3.2. Il processo di depatologizzazione .....	16
1.3.3. Modelli di presa in carico.....	17
1.3.4. Il percorso di affermazione di genere in Italia: evoluzione giuridica ed implicazioni sociali .....	18
1.4. Linee guida per la salute delle persone transgender e delle persone di genere diverso	20
2. La ricerca .....	23
2.1. Fase 1: ricerca esplorativa preliminare .....	24
2.1.1. Materiali e metodi .....	25
2.1.2. Risultati .....	25
2.1.3. Dalla ricerca esplorativa all'analisi dei modelli per l'affermazione di genere...	27
2.2. Fase 2: modelli organizzativi nella presa in carico di utenti con disforia di genere nel contesto italiano .....	28
2.2.1. Metodi e campionamento.....	28
2.2.2. Stato dell'arte: mappatura dei servizi in Italia ed analisi .....	30
2.2.3. Risultati interviste e focus group .....	32
2.2.3.1. Analisi SWOT .....	32
2.2.3.2. Analisi best practice .....	36
3. Discussione .....	39
4. Conclusioni e implicazioni per la pratica.....	49
5. Bibliografia .....	51
6. Allegati.....	63
Allegato 1 : Glossario .....	63
Allegato 2 :Metodi e materiali ricerca esplorativa .....	73

Allegato 3 : Codifica .....	74
Allegato 4 :Mappe concettuali codifica ricerca esplorativa .....	76
Allegato 5 : Risultati ricerca esplorativa .....	80
Allegato 6: Mappatura servizi italiani .....	93
Allegato 7: Esempio uso Atlas.ti .....	99
Allegato 8: Analisi SWOT .....	100

## Abstract

**Background.** Questo studio esplora l'accesso ai servizi sanitari per la comunità LGBTQ+ in Italia, concentrandosi sui percorsi di affermazione di genere. La medicina di genere e le specifiche esigenze di salute della popolazione LGBTQ+ stanno ricevendo crescente attenzione. Tuttavia, i servizi sanitari italiani, spesso di approccio androcentrico, presentano barriere legate a disuguaglianze geografiche, pregiudizi culturali e mancanza di formazione specifica per gli operatori. L'obiettivo dello studio è identificare le difficoltà di accesso e le buone pratiche per migliorare l'inclusività e l'accesso ai servizi sanitari per le persone LGBTQ+, in particolare i servizi che si occupano di affermazione di genere. **Metodi.** Lo studio qualitativo è stato condotto in due fasi: nella prima, 12 interviste semi-strutturate con accademici e operatori sanitari; nella seconda, 10 interviste con esperti di centri specializzati e un focus group con 10 partecipanti. L'analisi tematica induttiva, supportata da software, ha permesso di strutturare temi e sotto-temi. **Risultati.** I risultati dello studio sono stati organizzati attraverso un'analisi SWOT ed un elenco di buone pratiche. Dalla prima risultano tra i principali punti di forza del sistema sanitario italiano per la comunità LGBTQ+ l'universalità dell'assistenza pubblica e un approccio multidisciplinare che favorisce una cura integrata. Tra le debolezze spiccano la disomogeneità territoriale e la carenza di risorse specializzate, che limitano un accesso equo. Le opportunità derivano dalla crescente sensibilità sociale verso le tematiche LGBTQ+, mentre le minacce principali sono rappresentate dalla resistenza culturale e istituzionale. Le buone pratiche comprendono l'approccio multidisciplinare, la formazione continua del personale, l'accessibilità flessibile, il supporto psicologico e la collaborazione con associazioni del territorio secondo gli intervistati; un approccio "bottom-up" risulta essenziale per promuovere inclusività, favorendo una comunicazione rispettosa e centrata sull'empowerment del paziente. **Conclusioni.** La ricerca evidenzia le complesse dinamiche di accesso ai servizi sanitari per la comunità LGBTQ+ in Italia, sottolineando l'importanza di un approccio multidisciplinare e personalizzato nei percorsi di affermazione di genere, oltre alla necessità di politiche inclusive e formazione continua per ridurre stereotipi e discriminazioni.



## Lista delle abbreviazioni presenti nella tesi

Acronimo	Significato
AFAB	Assegnato Femmina Alla Nascita (Assigned Female At Birth)
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AMAB	Assegnato Maschio Alla Nascita (Assigned Male At Birth)
APA	American Psychiatric Association
DSM	Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EBP	Evidence-Based Practice (Pratica Basata sull'Evidenza)
ILGA	International Lesbian and Gay Association
LGBT	Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender
LGBTQ+	Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer e altre identità di genere o orientamenti sessuali non conformi
LGBTQIA+	Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersessuali, Asessuali e altre identità di genere o orientamenti sessuali non conformi
ONIG	Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
RCS	Riattribuzione Chirurgica del Sesso
RLE	Esperienza di Vita Reale (Real-Life Experience)
SOC	Standard di Cura (Standards of Care)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Punti di forza, debolezza, opportunità, minacce)
TGNC	Transgender e Non Conforming (Transgender and Gender Non-Conforming)
TGD	Transgender e Gender Diverse
UNAR	Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali
WPATH	World Professional Association for Transgender Health
WPA	World Psychiatric Association



## Introduzione

Questa tesi di laurea nasce dal desiderio di approfondire il tema delle persone LGBTQ+, un termine ombrello che include chi ha un orientamento sessuale (gay, lesbiche e bisessuali) e/o un'identità di genere diversa da quella tradizionalmente riconosciuta dalla maggioranza (trans, identità di genere non binario, queer, intersessuale, asessuale). L'obiettivo principale è analizzarne l'interazione con i servizi sanitari, con un focus su chi vive una condizione di disforia di genere. La trattazione adotta un approccio multidimensionale, volto a esplorare la complessità della questione in modo il più possibile approfondito. Partendo dal tema generale dell'accesso delle persone LGBTQ+ ai servizi sanitari, l'attenzione si sposta progressivamente sulla lettera "T" dell'acronimo, concentrandosi in particolare sulle persone che sperimentano disforia di genere, al fine di identificare modelli assistenziali efficaci per rispondere ai loro bisogni specifici.

Nella mia esperienza professionale, ho spesso incontrato giovani con identità trans, questioning o queer, che riportano difficoltà nell'accesso alle cure, dovendo compensare la carente alfabetizzazione sanitaria degli operatori riguardo alla propria identità di genere o orientamento. Questa necessità di "educare" i professionisti su concetti essenziali è una problematica documentata anche in letteratura (Willis P., 2020; Zeeman L. et al., 2019; Romanelli M., 2017). L'interesse verso questo tema è stato particolarmente stimolato dall'incontro con una paziente con sesso biologico femminile, giunta al servizio con comportamenti autolesivi e idee suicidarie. Nel corso degli incontri, ella ha timidamente espresso, per la prima volta a qualcuno, il desiderio di essere identificata con pronomi maschili. Questo momento di rivelazione ha permesso di dare voce al suo vissuto di sofferenza, fino ad allora espressa solo attraverso i comportamenti, spingendomi a riflettere sul mio ruolo professionale e a intraprendere uno studio più approfondito della complessità di queste esperienze. Contestualmente, ho preso parte ad un gruppo di lavoro interdipartimentale per l'implementazione di un servizio dedicato a questa popolazione nell'azienda sanitaria presso cui lavoro.

L'interazione con letteratura accademica, esperti del settore e autori di riferimento ha consolidato ulteriormente il mio interesse e mi ha portato a riconoscere l'urgenza di un cambiamento culturale all'interno dei servizi sanitari, in particolare in contesti

periferici, ossia in aree geografiche lontane dai grandi centri urbani, dove l'accesso a servizi specializzati e a risorse adeguate per le persone LGBTQ+, e in particolare per chi vive una condizione di disforia di genere, è spesso limitato e stigmatizzato. Tale cambiamento richiede una formazione mirata e l'acquisizione di competenze specifiche per rispondere alle esigenze sanitarie e relazionali delle persone con disforia di genere e migliorare la qualità della cura, intesa non solo come un intervento pratico che ripara o protegge, ma che si materializza anche come un percorso di crescita che risponde al “bisogno di ulteriorità”, grazie alla “qualità dell'esser-ci” (Mortari L., 2015).

La tesi si sviluppa attraverso un disegno di ricerca multilivello, articolato in due fasi distinte ma strettamente interconnesse, che mira a esplorare e comprendere le dinamiche e i modelli organizzativi legati ai percorsi di affermazione di genere nelle strutture sanitarie italiane. Questo approccio in due fasi ha permesso di approfondire il tema in modo progressivo, passando da una fase esplorativa iniziale focalizzata sulla interazione tra la popolazione LGBTQ+ con i servizi sanitari, ad un'analisi più strutturata dei modelli esistenti per l'affermazione di genere.

Il seguente elaborato è articolato quindi in quattro capitoli.

Il primo affronta la letteratura di background che approfondisce la complessa interazione tra le persone LGBTQ+ e i servizi sanitari, analizzando i bisogni sanitari specifici di questa popolazione in una cornice concettuale che è quella della medicina di genere, o meglio genere-specifica. Successivamente, viene esaminata la disforia di genere in età adulta, considerandone gli aspetti clinici, sociali e giuridici. Vengono discussi i criteri diagnostici, le opzioni di trattamento e il dibattito in corso sulla depatologizzazione, evidenziando l'importanza di un approccio multidisciplinare e inclusivo.

E' doveroso spiegare al lettore che, nella presente tesi, verranno utilizzati acronimi come LGBTQ, LGBT, LGBTQIA+ e LGBTQ. Questa scelta non è casuale, ma riflette la necessità di mantenere coerenza con i termini impiegati nelle fonti analizzate, intendendo tuttavia riferirci alla popolazione oggetto della tesi. Per garantire una corretta comprensione dei termini utilizzati, si rimanda all'Allegato 1, che contiene un glossario dettagliato con la terminologia appropriata per descrivere le diverse identità di genere e orientamenti sessuali.

Nel secondo capitolo viene approfondita la ricerca. La prima fase, di natura esplorativa, mira ad esaminare le sfide e le opportunità per migliorare l'inclusione delle persone LGBTQ+ nelle organizzazioni sanitarie. L'indagine adotta un approccio multidisciplinare, basato sulle percezioni di esperti accademici e clinici affiliati all'Università di Verona e all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, con l'obiettivo di sviluppare strategie efficaci per promuovere un'assistenza sanitaria più equa e inclusiva. I risultati hanno costituito la base per la seconda fase della ricerca, descritta a seguire nel secondo capitolo, dedicata all'analisi dei modelli organizzativi di affermazione di genere in Italia, attraverso la mappatura dei servizi in Italia e il confronto con figure chiave di alcuni centri. Nel terzo capitolo sono discussi i risultati integrati della ricerca, mentre l'ultimo capitolo è dedicato alle conclusioni e alle implicazioni pratiche dello studio.

L'obiettivo complessivo di questo lavoro è duplice: da un lato, fornire un contributo utile alla comprensione e alla riflessione su un tema che la letteratura ritiene di fondamentale importanza, dall'altro, proporre spunti e suggerimenti per l'eventuale sviluppo di un modello organizzativo più inclusivo all'interno dell'azienda sanitaria presso cui lavoro.



## 1. Background: Questione di genere in sanità

### 1.1. Medicina genere – specifica e LGBTQ+: uno sguardo contemporaneo

La medicina genere-specifica è un ambito recente nella ricerca scientifica e farmacologica. Tradizionalmente, la medicina è stata impostata su un modello androcentrico, ma oggi l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la medicina di genere come lo studio dell'influenza di differenze biologiche (sesso) e socio-culturali (genere) sulla salute (Ministero della Salute, 2019). Il genere è considerato un insieme di ruoli e comportamenti socialmente determinati, rilevanti per la promozione della salute (World Health Organisation, 2011). In quest'ottica, la medicina riconosce l'importanza di considerare, oltre alle malattie, le persone nella loro totalità, integrando fattori biologici, ambientali, sociali, economici ed etnici, per offrire cure personalizzate e inclusive. La salute di genere si configura quindi come l'opportunità di vivere in modo autentico, senza restrizioni o inibizioni, attraverso accettazione e sostegno (Ehrensaft D., 2017), garantendo così un approccio inclusivo e rispettoso delle diverse identità.

L'Italia ha assunto un ruolo pionieristico in Europa nell'ambito della medicina di genere, approvando il Piano nazionale per l'applicazione di tale approccio con il decreto attuativo della Legge 3/2018 (Ministero della Salute, 2019). Questa formalizzazione dell'integrazione del concetto di "genere" nell'ambito medico, attraverso questa legge, dovrebbe rappresentare un passo miliare per garantire cure ottimali e personalizzate, rispettando le differenze di genere. In questo quadro, è fondamentale includere anche le identità di genere e gli orientamenti sessuali non conformi, ovvero la popolazione LGBTQ+, che rappresenta il 9% della popolazione italiana (Ipsos LGBT+ Pride Report, 2023). Questo gruppo presenta una maggiore prevalenza di una serie di esigenze mediche, mentali e fisiche, rispetto alla popolazione non-LGBTQ (Zeeman L. et al., 2019; Kharlamov A., 2024), acutesi durante la pandemia (Phillips C., 2021).

Nonostante una crescente consapevolezza sull'inclusione LGBTQ+ nei sistemi sanitari, permangono ostacoli legati a dinamiche interne e mancano ricerche

intersezionali sulle disuguaglianze sanitarie vissute da questa comunità (Zeeman L. et al., 2019).

Prima di affrontare le disparità di accesso alle cure, è importante sottolineare che l'acronimo LGBT, pur essendo usato come termine ombrello, rappresenta gruppi distinti, ognuno con specifiche esigenze sanitarie (Institute of Medicine, 2011). Il termine LGBTQ+, con l'inclusione recente della lettera "Q" e del simbolo "+", è infatti un acronimo che include lesbiche, gay, bisessuali, transgender e persone queer, intersex, gender diverse, genderqueer, genderfluid e asexuali, riflettendo la necessità di rappresentare una molteplicità di identità di genere e orientamenti sessuali che vanno oltre le categorie tradizionali di sesso biologico e genere sociale (Montz B., 2021).

Sebbene l'Europa abbia implementato misure legali per tutelare i diritti LGBTQ+, come la Carta dei Diritti Fondamentali e le direttive antidiscriminazione, tali persistono nell'accesso ai servizi sanitari e alla vita quotidiana (Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali, 2023).

L'Italia, al 35° posto nella classifica ILGA-Europe del 2023 (ILGA-Europe, 2023), mostra scarsi progressi su questo fronte. La necessità di politiche sanitarie mirate è urgente, soprattutto per le persone transgender e intersex, che affrontano bisogni specifici e vulnerabilità peculiari (van der Star, 2015; Zeeman L. et al., 2019; Coleman E., 2022; Tran N.K., 2023). Già nel 2011, l'Istituto di Medicina ha evidenziato come questa comunità rappresenti una popolazione sottoservita e vulnerabile, soggetta a disuguaglianze sanitarie legate a vari fattori complessi, tra cui il pregiudizio e l'accesso limitato a cure adeguate (Institute of Medicine, 2011).

## 1.2. L'incontro con i servizi sanitari: tra barriere ed esigenze specifiche delle persone LGBTQ+

Relativamente alle principali difficoltà che la comunità LGBTQ+ incontra nell'accesso ai servizi sanitari, la letteratura scientifica evidenzia come nonostante gli sforzi per promuovere l'inclusività, persistono barriere significative, spesso causate da pregiudizi radicati e una formazione sanitaria inadeguata (Morris M. C. R., 2019). Il personale medico, anche inconsapevolmente, può perpetrare atteggiamenti omofobici e transfobici, compromettendo la qualità delle cure e causando ritardi nell'accesso ai

servizi (Morris M. C. R.-J., 2019; Alencar Albuquerque G., 2016; Pennant M., 2009; Bauer G., 2014; Sharek D., 2015; Fish J., 2018; Utamsingh P., 2016). Inoltre, la stigmatizzazione sociale spinge molte persone LGBTQ+ a evitare le cure, aggravando la loro salute (Malta M., 2023). Discriminazioni, pratiche inappropriate e microaggressioni sono ampiamente documentate (Institute of Medicine, 2011; Elliott M.N., 2015; McNeill S.G., 2023).

Omo- bi- lesbo- trans- fobia, reale o percepita, causa ritardi nell'accesso o l'abbandono delle cure, con gravi conseguenze per la salute, come diagnosi tardive e auto-somministrazione di farmaci (McDermott E., 2021; European Union, 2017; Elliott M.N., 2015; Smiley et Burgwal, 2017). Inoltre, i pazienti LGBTQ+ tendono a non rivelare il proprio orientamento sessuale, poiché raramente viene richiesto dagli operatori (Ching BCF, 2021; McNeill S.G., 2023).

La mancanza di conoscenze e di formazione specifica sui bisogni delle persone transgender e gender diverse limita ulteriormente la capacità degli operatori sanitari di offrire cure adeguate e inclusive (Burgwal A., 2021; McDermott E., 2021; Berner A.M., 2020; Ussher J.M., 2022; Tran N.K., 2023). Studi indicano come molti operatori non abbiano le competenze necessarie per gestire efficacemente le esigenze di questa comunità, spesso richiedendo ai pazienti stessi di educarli su questioni di salute di genere e sessuale (Willis P., 2020; McNeill S.G., 2023).

In contesti con alti livelli di discriminazione, professionisti della sanità e dell'educazione spesso si oppongono a politiche inclusive per la comunità LGBTQ+, temendo reazioni omofobe (Mulé N.J., 2009; Yu H., 2023). Sebbene riconoscano l'importanza di migliorare l'accesso ai servizi, gli interventi specifici per le persone LGBTQ+ sono talvolta considerati superflui o rischiosi, poiché percepiti come privilegi rispetto ad altri gruppi con barriere simili nell'accesso alle cure (Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali, 2023).

In Italia, malgrado gli studi siano limitati, una ricerca in Toscana ha evidenziato che l'accesso alle cure per la popolazione LGBT è influenzato da fattori come identità di genere, orientamento sessuale, etnia e condizioni socioeconomiche (Servizio Sanitario della Toscana, 2012). L'intersezionalità di questi fattori mostra come le persone LGBTQ+ affrontino disuguaglianze sanitarie aggravate da elementi sociali e culturali, come genere, età e classe sociale, contribuendo alla loro marginalizzazione (Zeeman

L. et al., 2019). Questi studi richiamano l'urgenza di politiche inclusive e una formazione sanitaria adeguata. In Italia, solo gli ordini professionali di psicologi e infermieri dispongono di una chiara regolamentazione contro la discriminazione verso le persone LGBTQ+, evidenziando la necessità di estendere tali norme a tutto il settore sanitario per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure, amplificata dalla carenza di politiche efficaci che garantiscano parità di trattamento (Ministero Pari opportunità, 2022).

A livello europeo, il progetto Health4LGBTI, condotto tra il 2016 e il 2018, ha rivelato le difficoltà che la comunità LGBTI affronta in termini di salute fisica e mentale, con particolare vulnerabilità a pensieri suicidi, abuso di sostanze, ansia e autolesionismo (Zeeman L. et al., 2019). Le ricerche dimostrano che l'appartenenza alla comunità LGBTQ+ non è di per sé causa di problemi psicologici, ma l'esposizione a stigma e disuguaglianze sociali aumenta il rischio di disagio psicologico, fenomeno definito minority stress (Meyer I. , 2003; Association American Psychological, 2021), che verrà approfondito più avanti.

Dopo aver analizzato le barriere e le conseguenze dell'accesso limitato ai servizi sanitari per la popolazione LGBTQ+, è fondamentale soffermarsi sulle esigenze specifiche di questa comunità in ambito sanitario.

Il report Health4LGBTQI rileva che la popolazione LGB ha una salute fisica significativamente peggiore rispetto alla media (Zeeman L. et al., 2019). Gli uomini gay hanno un'incidenza maggiore di condizioni croniche come problemi muscoloscheletrici, artrite e affaticamento cronico, oltre a disturbi gastrointestinali, epatici e renali. Le donne lesbiche mostrano una prevalenza dell'80% di ovaie policistiche, rispetto al 32% della popolazione femminile generale. Le persone bisessuali, inoltre, affrontano condizioni di salute peggiori rispetto a gay e lesbiche, a causa della loro posizione di minoranza all'interno di entrambe le comunità (Zeeman L. et al., 2019). Le persone LGB sono maggiormente a rischio di sviluppare alcuni tipi di cancro, come il cancro anale, con un rischio doppio rispetto alla popolazione generale, soprattutto negli uomini gay e bisessuali con HIV (Brown J., 2023). Le persone LGBT hanno un rischio da due a tre volte maggiore di sviluppare disturbi psicologici rispetto alla popolazione generale, con tassi più alti di suicidio, depressione, ansia e abuso di alcol (American Psychiatric Association, 2017; National

Institute on Minority Health and Health Disparities, 2022). Le disparità nella salute mentale sono particolarmente evidenti tra i giovani sotto i 35 anni e gli over 55. Le persone intersex mostrano un'incidenza elevata di tentativi di suicidio, con il 19% di tentativi e il 60% che lo ha considerato, rispetto al 3% della popolazione generale. (Zeeman L. et al., 2019). Persone bisessuali e trans affrontano disparità maggiori in termini di salute mentale, necessitando di servizi specializzati. Le persone trans vivono spesso esperienze negative con i professionisti sanitari, così come le persone intersex che subiscono isolamento e discriminazione, legati alla medicalizzazione e interventi chirurgici non consensuali in giovane età (Zeeman L. et al., 2019). I dati sulla salute delle persone transgender sono tuttavia limitati a causa della scarsa formazione degli operatori sanitari sulle tematiche e sulle esigenze specifiche di questa popolazione, dell'uso improprio di nomi e pronomi che rispecchiano il sesso assegnato alla nascita anche dopo la transizione e dell'accesso ristretto alle cure preventive, complicato dall'incongruenza tra l'aspetto fisico e i documenti legali, che può compromettere il riconoscimento dell'identità e dei bisogni sanitari specifici (Sorathiya R., 2023). Studi condotti nei centri di affermazione di genere anglofoni mostrano che le persone transgender, soprattutto le donne, hanno una speranza di vita significativamente inferiore rispetto alle persone cisgender, a causa di problemi oncologici, cardiologici e violenza (de Blok C.J., 2021; Jackson S.S., 2023). Le persone transgender hanno anche tassi elevati di depressione, ansia e suicidalità, legati non alla loro identità, ma a traumi, stigma, violenza e discriminazione (Coleman E., 2022).

### 1.2.1. Minority stress

Dopo aver esaminato le esigenze specifiche e le barriere all'accesso ai servizi sanitari per le persone LGBTQ+, si ritiene opportuno specificare i meccanismi psicologici e sociali che contribuiscono a tali difficoltà. Il Minority Stress Model, sviluppato da Meyer, spiega come stigma e discriminazione generino stress unico, cronico e socialmente radicato, con impatti diretti sulla salute fisica e mentale delle persone LGBTQ+ (Meyer I. , 2003). Il modello si fonda su due principali premesse: a) pregiudizi e stigma verso la comunità LGBTQ+ generano specifici stressors; b) tali stressors portano allo sviluppo di manifestazioni psicopatologiche e fisiche (Meyer I. H., 2015). L'insieme di questi stressors contribuisce significativamente al disagio

psicologico nelle persone TGD (Lingiardi V., 2014). Gli stress derivano da esperienze di discriminazione, aspettative di trattamenti negativi, occultamento dell'orientamento sessuale e interiorizzazione dello stigma (Meyer I., 2007). L'omofobia interiorizzata e lo stigma sociale sono forti predittori di disagio psicologico. Ulteriori sviluppi del modello, come quello di Hatzenbuehler, sottolineano l'importanza della regolazione emotiva e delle strategie di coping nel mediare l'impatto del minority stress (Hatzenbuehler M. L., 2009; Russell S. T., 2016).

Questo modello fornisce una chiave di lettura cruciale per comprendere come l'emarginazione sociale incida direttamente sul benessere psicofisico delle persone LGBTQ+, gettando le basi per l'analisi delle strategie di supporto sanitario che verranno approfondite nei capitoli successivi. In particolare questo è rilevante per le persone con disforia di genere che riflette una sofferenza psicologica conseguente alle sfide nel processo di sviluppo cui questi individui devono far fronte, in quanto rappresentano una deviazione rispetto ad una delle credenze più radicate della cultura occidentale, ossia la concezione dicotomica dei sessi (Diamond M., 2013).

### 1.3. La disforia di genere in età adulta

Dopo aver esaminato le problematiche generali della comunità LGBTQ+ in ambito sanitario, l'attenzione si sposta sulle persone che vivono un'incongruenza di genere, ovvero l'esperienza marcata e persistente di una discrepanza tra la propria identità di genere e il genere atteso in base al sesso assegnato alla nascita, che si identificano come persone transgender e/o di genere diverso. Questo paragrafo analizza in particolare gli aspetti clinici, sociali e giuridici legati alla disforia di genere, termine diagnostico per il disagio o l'angoscia derivante dall'incongruenza tra l'identità di genere di un individuo e il sesso assegnato alla nascita, evidenziando le sfide nell'accesso ai trattamenti medici e nel riconoscimento giuridico e sociale. Tuttavia, anche chi non sperimenta angoscia o disagio psicologico può vivere una significativa incongruenza tra la propria identità di genere e le aspettative sociali, decidendo se intraprendere o meno un percorso di affermazione di genere, sia medicalizzato che non. È chiaro, dunque, che all'interno della comunità transgender esiste una grande diversità di esperienze di genere, con persone che si identificano al di fuori delle norme binarie tradizionali (Schulz S. L., 2018). Questo include le persone TGD, ovvero di

genere non binario o non conforme, che si collocano oltre il binarismo di genere, abbracciando identità come genderfluid, genderqueer e agender (Thorne N., 2019). All'interno della popolazione LGBTQ+, i termini ombrello transgender e gender diverse (TGD), gender variant, gender queer e gender nonconforming descrivono individui la cui identità di genere, espressione, ruolo o comportamento non sono conformi alle norme sociali basate sul genere socialmente assegnato (Mezzalira S., 2023). Le richieste di assistenza sanitaria legate all'identità di genere sono in costante aumento (Coleman E., 2022) accompagnate da una crescente presenza di identità non binarie, specialmente tra i giovani che accedono ai servizi (Twist J., 2019).

Un recente studio italiano ha rilevato che la proporzione di persone transgender e di genere non conforme (TGD) nella popolazione generale è del 7,7% (Fisher A.D., 2024). Tra le persone TGD binarie, il 75,2% ha espresso una necessità persistente di rendere la propria anatomia esterna più congruente con la propria identità di genere. Il 95,2% delle persone binarie TGD ha dichiarato di aver già intrapreso o di avere in programma trattamenti ormonali di affermazione di genere, mentre oltre il 60% delle persone non binarie ha affermato di non aver fatto uso di tali trattamenti (Fisher A.D., 2024).

### 1.3.1. Aspetti clinici della disforia di genere

Il DSM-5-TR definisce la disforia di genere come una persistente incongruenza, di almeno sei mesi, tra il genere vissuto e quello assegnato alla nascita, accompagnata da desiderio di cambiamento fisico o appartenenza a un altro genere, con disagio significativo o compromissione funzionale. La prevalenza della disforia di genere è inferiore allo 0,1%, mentre lo 0,5%–0,6% delle persone si identifica come transgender e lo 0,6%–1,1% sperimenta una dissonanza di genere (American Psychiatric Association). Gli Standard di Cura della WPATH forniscono linee guida per il benessere delle persone transgender attraverso interventi affermativi e accesso equo a trattamenti basati su evidenze per migliorare salute e inclusione (Coleman E., 2022). Le condizioni psichiatriche correlate alla disforia di genere includono disturbi dell'umore, neurosviluppo, comportamenti suicidari, autolesionismo e disturbi alimentari, spesso dovuti al disallineamento tra corpo e identità di genere (Couturier J., 2015; Guss C.E., 2017; Becerra-Culqui T.A., 2018; Zeeman L. et al., 2019).

La terapia affermativa di genere e i trattamenti ormonali migliorano la salute mentale (Sorbara J.C., 2020; Doyle D.M., 2023), tuttavia la detransizione, ovvero il processo di interruzione della transizione di genere, pur rara, è un fenomeno emergente legato a fattori medici, sociali e identitari, che evidenzia la necessità di un approccio olistico alla disforia di genere (Expósito-Campos P., 2021; Kaltiala R., 2024; Littman L., 2024).

### 1.3.2. Il processo di depatologizzazione

Storicamente, il termine “berdache” era usato dai colonizzatori europei per stigmatizzare le identità di genere non conformi delle popolazioni indigene (Fulton R. A. S., 1992), riflettendo il rifiuto verso pratiche di genere diverse dalle norme cristiane eterosessuali (Newman, 2002; Smith, 2015).

Nel XX secolo, il termine fu sostituito da “travestito” (Fulton R. A. S., 1992), associando queste identità a devianza e patologie psicologiche, come indicato nel DSM-I (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), che classificava il travestitismo e l’omosessualità tra i disturbi (American Psychiatric Association, 1952). Con il DSM-III si fece un primo passo verso una comprensione clinica autonoma della varianza di genere, distinguendo tra “Disturbo dell’identità di genere” e “Transessualismo” (American Psychiatric Association, 1980).

Con il DSM-5 (2013), il “Disturbo dell’identità di genere” è stato sostituito da “Disforia di genere”, concentrandosi sul dolore psichico sperimentato (Crapanzano A., 2021). Il DSM-5-TR ha ulteriormente aggiornato il linguaggio, passando da “genere desiderato” a “genere esperito” e parlando di “procedura di affermazione di genere” anziché “cambio sesso”, segnando un’evoluzione verso un approccio più inclusivo (American Psychiatric Association, 2015).

L’ICD (Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati) ha seguito l’evoluzione del DSM: inizialmente classificava il “travestitismo” come deviazione sessuale (1965), per poi introdurre i disturbi dell’identità di genere” (World Health Organization, 1990). La svolta è avvenuta con l’ICD-11 (2018), che ha sostituito queste categorie con “Incongruenza di genere” e l’ha inserita nel capitolo sulla salute sessuale, segnando un passo verso la depatologizzazione (Crapanzano A., 2021).

Questi cambiamenti segnano un progresso verso l'inclusione delle identità di genere non conformi, focalizzandosi sugli aspetti psicologici e sociali (Reed G.M., 2016; World Health Organization). Tuttavia, l'accesso alle terapie affermative di genere è ancora subordinato a una diagnosi di salute mentale e ad altri gatekeepers di ordine medico, giuridico, bioetico o economico (Rapisarda F., 2024). Recentemente, diversi studi hanno evidenziato una re-patologizzazione delle identità transgender e gender diverse, spinta da pressioni sociali e politiche volte a limitare l'accesso alle cure di affermazione di genere (Wu C.A., 2023). Paesi come Svezia, Finlandia, Regno Unito, Australia e alcuni stati degli USA hanno introdotto misure che limitano l'accesso ai trattamenti di affermazione di genere, soprattutto per adolescenti (Sartorelli E., 2023).

### 1.3.3. Modelli di presa in carico

Negli ultimi anni, la disforia di genere ha ricevuto maggiore attenzione sia dai media che dalla letteratura clinica. Questo ha portato a una parziale destigmatizzazione delle persone transgender e a un incremento del numero di richieste di trattamenti e cliniche specializzate (Crapanzano A., 2021).

Tuttavia, in Italia, così come in diversi altri Paesi europei, l'accesso ai percorsi di affermazione di genere segue un modello medico-psichiatrico, che richiede una diagnosi formale di disforia di genere per accedere a terapie ormonali o chirurgiche. Il modello, basato sugli standard dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), implica un approccio multidisciplinare che coinvolge psichiatri, psicologi, endocrinologi e chirurghi esperti. La procedura comprende una valutazione accurata, talvolta l'esperienza di real life - una fase del percorso di transizione in cui la persona vive a tempo pieno nel ruolo di genere desiderato, requisito che è stato rimosso dalle linee guida SOC-8 - terapie ormonali e, se richiesti, interventi chirurgici di riatribuzione del sesso. Questo modello ha suscitato un dibattito a livello internazionale, poiché il ruolo dei professionisti della salute mentale come gatekeepers è stato criticato per il suo effetto patologizzante. Inoltre, il modello è stato accusato di favorire la "transnormatività", cioè di imporre una narrativa unica su cosa significhi essere transgender. Sebbene garantisca l'accesso economico ai trattamenti, non sempre tiene conto adeguatamente del "minority stress", legato al pregiudizio sociale e alla discriminazione (Crapanzano A., 2021).

In altre parti del mondo, ad esempio negli Stati Uniti, si sta sviluppando il modello basato sul consenso informato, che permette alle persone transgender di accedere ai trattamenti senza necessità di diagnosi psichiatrica. Questo approccio si concentra sull'autodeterminazione, riducendo le barriere all'accesso ai trattamenti medici e chirurgici (Crapanzano A., 2021). Questo modello è correlato a una maggiore soddisfazione dei pazienti e consente alle persone di evitare la necessità di rivolgersi ai servizi di salute mentale, potendo invece contare sull'assistenza dei medici di base (Spanos C., 2021). Ulteriore novità introdotta negli Stati Uniti è l'ampliamento delle figure professionali adibite alla valutazione del consenso informato: non saranno più solo psichiatri e psicoterapeuti ma anche counselor, psicologi, assistenti sociali, infermieri, farmacisti e medico di famiglia (Crapanzano A., 2021).

Questi modelli si inseriscono in un contesto più ampio in cui le persone transgender si rivolgono ai servizi sanitari per motivazioni diverse e specifiche, che includono:

1. supporto per questioni sociali relative al percorso di affermazione di genere, come il cambio di nome o l'uso di strumenti non medici;
2. richieste di diagnosi nel contesto del modello medico-psichiatrico;
3. richieste di interventi medici o chirurgici;
4. servizi psicologici o psichiatrici generali (Coleman E., 2022).

#### 1.3.4. Il percorso di affermazione di genere in Italia: evoluzione giuridica ed implicazioni sociali

L'assistenza per l'affermazione di genere è concepita per sostenere e validare l'identità di genere di una persona quando non corrisponde al sesso assegnato alla nascita - cioè, femmina assegnata alla nascita, AFAB; maschio assegnato alla nascita, AMAB - (Agana M.G., 2019; Cicero E.C., 2019). Negli ultimi anni, l'accessibilità a queste percorsi è migliorata grazie a una maggiore formazione dei fornitori e a una crescente letteratura scientifica. Tuttavia, nonostante i progressi, le persone trans\* continuano a segnalare difficoltà nell'accesso, dimostrando che le barriere persistono (Ross M.B., 2023). I percorsi di affermazione di genere possono essere medicalizzati, come le terapie ormonali e gli interventi chirurgici, o non medicalizzati, come il supporto psicosociale e comportamentale. È fondamentale rispettare le scelte individuali, poiché non tutte le persone transgender desiderano o possono affrontare una transizione

sociale o medica (Ross M.B., 2023). Queste scelte possono includere terapie ormonali, interventi chirurgici o cambiamenti estetici, come abbigliamento e trucco, mantenendo comunque l'identità transgender (Crapanzano A., 2021). Inoltre, non tutte le persone transgender o di genere non conforme (TGNC) necessitano di supporto psichiatrico o psicologico per il loro percorso di affermazione di genere (Coleman E., 2022).

Attualmente, la maggior parte degli studi sulle barriere nelle cure per l'affermazione di genere si concentra sul Nord America, evidenziando principalmente ostacoli di natura organizzativa e istituzionale. Tra queste barriere si segnalano quelle strutturali, come liste d'attesa, copertura assicurativa e tempi di viaggio; quelle legate ai fornitori, come scarsa conoscenza o competenza, gatekeeping e rifiuto delle cure; dilemmi etici, come pregiudizi o rinvii; e infine difficoltà personali nella ricerca di cure, come bassa alfabetizzazione sanitaria o rifiuto di sé stessi. (Puckett J.A. C. P., 2018; Murphy M., 2023).

In Italia, il percorso di affermazione di genere prevede: percorso psicologico; terapia ormonale; iter legale in tribunale; operazione chirurgica di riassegnazione.

Per avviare la terapia ormonale è necessaria una diagnosi di disforia di genere (DG) da parte di uno psichiatra e l'assenza di controindicazioni psicopatologiche. La legge n. 164 del 1982 regola la terapia chirurgica e la rettifica anagrafica, richiedendo due passaggi legali: l'autorizzazione del giudice per gli interventi medico-chirurgici e, successivamente, la rettifica anagrafica. (Gazzetta Ufficiale, 1982). Dal 2011, la legge italiana consente la rettifica anagrafica anche prima o contemporaneamente alla riattribuzione chirurgica del sesso, senza obbligare a interventi chirurgici per ottenere il cambio anagrafico. Questo è importante per chi raggiunge un equilibrio psicologico senza interventi chirurgici completi. Inoltre, la legge richiede che il giudice sia informato dei cambiamenti somatici indotti dalla terapia ormonale, che deve essere in corso da almeno un anno prima della richiesta. La domanda di rettifica anagrafica deve essere presentata al tribunale con le relazioni psicologica, psichiatrica ed endocrinologica, dopo almeno 12 mesi di esperienza di vita reale (RLE). Questo periodo permette alla persona di vivere nel genere desiderato, favorendo l'adattamento sociale e la valutazione delle implicazioni psicologiche e sociali delle modifiche corporee (Crapanzano A., 2021). In Italia, l'intervento del tribunale è richiesto solo per le persone che si identificano nel sesso opposto rispetto a quello assegnato alla nascita,

mentre in altri Paesi questa possibilità è estesa anche alle identità non binarie. Il trattamento chirurgico è consentito ai maggiorenni con autorizzazione del tribunale, per garantire che la rimozione di organi sani non costituisca reato. Le operazioni di genere sono generalmente considerate efficaci e migliorano la qualità della vita delle persone transgender, con un basso tasso di rimpianto rispetto ad altre procedure chirurgiche (Barbee H., 2024). Nel sistema giudiziario italiano non vi è attualmente una linea comune di tutti i tribunali e i giudici, certo è che dal 2015 è possibile fare ricorso al tribunale per il cambio sesso anagrafico anche senza aver fatto ricorso alla chirurgia (Corte cost. sent., n. 221, 2015; Corte cost. sent., n. 180, 2017). Può capitare che in un tribunale e con uno specifico giudice sia possibile modificare genere e nome in assenza di percorso medicalizzato mentre in un altro tribunale verrà richiesto di portare le prove a sostegno dell'irreversibilità della propria scelta di cambiare genere (Ronco D., 2023).

#### 1.4. Linee guida per la salute delle persone transgender e delle persone di genere diverso

A fronte di ciò, le raccomandazioni relative alla salute delle persone transgender e delle persone di genere diverso si concentrano innanzitutto su un approccio individualizzato, empatico, basato sulle evidenze e centrato sul paziente, con piani personalizzati che rispondano ai bisogni specifici di affermazione di genere, evitando cure standardizzate. Gli interventi possono includere supporto psicologico, terapia ormonale, chirurgia o altre forme di assistenza, a seconda delle necessità e dei desideri del paziente. Sono da evitare pratiche dannose come le terapie di conversione, pratiche considerate dannose e non etiche (American Psychiatric Association, 2024). In ogni fase del trattamento è fondamentale ottenere il consenso informato, assicurando che il paziente comprenda pienamente rischi, benefici e alternative disponibili (Coleman E., 2022; ONIG, 2023).

Linee guida e vasta letteratura sono concordi nell'affermare che i servizi debbano prevedere un'assistenza multidisciplinare, con un team composto da psicologi, psichiatri, endocrinologi, chirurghi e altri specialisti, per garantire che ogni aspetto della salute fisica, mentale e sociale del paziente sia attentamente considerato (Bhugra D, 2016). È essenziale un monitoraggio continuo, con follow-up

regolari per valutare la risposta ai trattamenti, in particolare alla terapia ormonale e agli interventi chirurgici (Coleman E., 2022; Tordoff D.M., 2022).

I professionisti devono creare un ambiente sicuro e accogliente, in cui le persone LGBTQ+ si sentano ascoltate e rispettate. Un altro aspetto chiave è l'assistenza psicologica, indispensabile per affrontare traumi, stress minoritario e condizioni comorbide come ansia e depressione, spesso comuni tra le persone transgender e gender-diverse. Oltre all'assistenza diretta, i professionisti hanno il compito di svolgere un ruolo attivo nell'advocacy, difendendo i diritti delle persone LGBTQ+ e opponendosi a leggi o pratiche discriminatorie (ONIG, 2023). È importante anche promuovere la formazione e l'informazione per familiari e personale delle istituzioni scolastiche e sociali, al fine di creare ambienti inclusivi e preparati. Infine, le linee guida riconoscono che le norme culturali e sociali variano da Paese a Paese, pertanto i servizi devono essere adattati ai contesti locali, tenendo conto delle specificità culturali e legali di ogni area (Coleman E., 2022).

Questi principi promuovono l'idea di un servizio completo e rispettoso delle esigenze delle persone transgender e gender-diverse, sostenendo la salute fisica e mentale con un approccio inclusivo. È essenziale che organizzazioni e sistemi sanitari diano priorità a cambiamenti strutturali per garantire pratiche inclusive e un accesso sicuro ai servizi per le persone LGBTQ+ (Yu H., 2023).



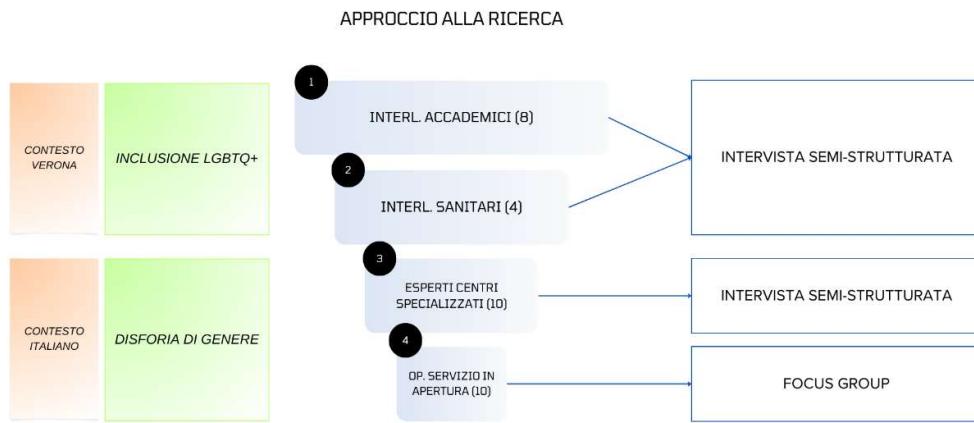
## 2. La ricerca

I concetti espressi finora costituiscono la base teorica per comprendere le sfide nell'implementazione di servizi sanitari inclusivi e per i percorsi di affermazione di genere, che verranno approfonditi nel progetto di ricerca. Tale riflessione guiderà l'analisi empirica, aiutando a individuare barriere e soluzioni per sviluppare un modello organizzativo efficace e replicabile per le persone LGBTQ+.

La ricerca è composta di due fasi sequenziali. La prima ha visto la conduzione di uno studio esplorativo, volto ad ottenere una visione completa e multidisciplinare dell'inclusione LGBTQ+ nel settore sanitario. La domanda di ricerca principale di questa fase è: “In che misura le politiche e le pratiche di inclusione per le persone LGBTQ+ sono presenti ed efficaci nelle organizzazioni sanitarie, e quali sono le barriere e i facilitatori?”. Questa fase esplorativa permette di mappare in maniera preliminare le percezioni e le esperienze di professionisti riguardo al tema e fornisce una visione iniziale delle principali barriere e opportunità, identificando gli ambiti su cui concentrare la successiva analisi dei modelli organizzativi.

Nella seconda fase della ricerca, l'attenzione si è rivolta ai modelli organizzativi per la disforia di genere in Italia, esaminando come rispondono alle esigenze di questa popolazione, con particolare riferimento alle persone TGNC, persone transgender o di genere non conforme e individuando buone prassi replicabili per rendere questi percorsi più accessibili ed inclusivi. L'approccio scelto nasce dal fatto che la letteratura italiana sul tema offre studi qualitativi sull'esperienza delle persone trans\* (ad esempio, Giovanardi G., 2019) o di clinici che lavorano in contesti per minori (Giovanardi G., 2020); si è quindi scelto di approfondire con uno studio fenomenologico basato su interviste ai responsabili dei centri o a specialisti del settore, con l'obiettivo rilevare le difficoltà percepite dal sistema e promuovere un cambiamento.

Per esemplificare il progetto operativo della ricerca si riporta uno schema:



Come si evince dallo schema, il disegno di ricerca prevede una prima fase esplorativa con interviste semi-strutturate rivolte a otto accademici provenienti da diverse discipline (giuridica, filosofica, sociologica, etica e psicologica) e successivamente a quattro operatori sanitari (manager e clinici) nel contesto di Verona, con l'obiettivo di indagare il tema dell'inclusione LGBTQ+ nelle organizzazioni. Nella seconda fase, vengono coinvolti dieci esperti di otto centri specializzati, intervistati utilizzando lo stesso metodo della prima fase, per esplorare idee e pratiche emergenti nell'implementazione di servizi dedicati all'affermazione di genere. Infine, è stato condotto un focus group con dieci operatori sanitari, con l'obiettivo di esplorare le dinamiche organizzative e identificare le sfide specifiche nell'attivazione di nuovi servizi.

### 2.1. Fase 1: ricerca esplorativa preliminare

Questa prima fase della ricerca ha offerto una visione multidisciplinare sull'inclusione delle persone LGBTQ+ nelle organizzazioni sanitarie, con particolare riferimento al contesto italiano, e più nello specifico, a quello veronese.

### 2.1.1. Materiali e metodi

La ricerca ha adottato un metodo qualitativo di tipo fenomenologico esplorativo (Cardano M., 2011), con un processo iterativo per raccogliere narrazioni ricche e dettagliate. Si è sviluppata in due step: nel primo, sono stati coinvolti docenti e ricercatori accademici di diverse discipline (giuridica, filosofica, psicologica, etica, psicologia del lavoro, sociologica); nel secondo, l'attenzione si è spostata sui professionisti sanitari per esplorare le loro esperienze. Nel reclutamento del campione, è stato utilizzato un approccio combinato: inizialmente un metodo teorico, in cui i partecipanti sono stati selezionati in base a criteri specifici legati agli obiettivi della ricerca. Successivamente, è stato impiegato il metodo "snowball" (a cascata), dove i partecipanti già coinvolti hanno suggerito altre persone da includere nello studio. Tra aprile e settembre 2024, sono state condotte dodici interviste semi-strutturate, fino al raggiungimento del punto di saturazione, con tutti gli intervistati che hanno firmato il consenso informato prima della partecipazione. Le interviste sono state audio-registrate, trascritte e analizzate utilizzando il software Atlas.ti (per vederne un esempio si rimanda all'Allegato 7) attraverso una codifica aperta per identificare temi emergenti. Successivamente, i codici sono stati organizzati in temi e sotto-temi e strutturati in una tabella Excel per garantire coerenza e facilità di consultazione tra dati e codici (Allegato 3). Sono state costruite poi delle mappe per aiutare il processo di interpretazione dei dati con relative frequenze dei codici (Allegato 4).

### 2.1.2. Risultati

L'analisi delle interviste ha messo in luce come gli interlocutori abbiano portato non solo le loro opinioni, ma anche esperienze dirette derivanti dai loro ruoli di docenti, ricercatori, manager e clinici. Da questa analisi, sono emersi due macrotemi principali: Utenti e Personale LGBTQIA+. I risultati di ciascun macrotema, con i rispettivi temi e sottotemi, sono presentati in forma sintetica, in conformità alle indicazioni ricevute per la stesura del presente elaborato. Si rimanda agli allegati 2 e 3 per ulteriori dettagli sul processo di analisi e codifica dei dati, e all'Allegato 5 per l'analisi completa dei risultati.

All'interno del Macrotema 1: Utenti sono stati individuati i seguenti temi:

- Politiche Istituzionali e Cultura Organizzativa:

il tema riflette l'influenza delle politiche pubbliche sul clima inclusivo, ma anche la presenza di resistenze istituzionali e burocratiche che ostacolano l'implementazione delle politiche stesse. Infatti, *"La cultura fa tanto almeno a livello di comportamenti agiti dentro l'organizzazione... se la cultura promuove certi atteggiamenti, in qualche modo li induce"* (Intervistato 4).

La mancanza di politiche chiare viene vista come una manifestazione del cosiddetto "Rainbow Washing", dove l'inclusione rimane simbolica e non sostanziale, come indicato da un intervistato: *"Esiste una tendenza verso il "Rainbow Washing", dove la dichiarazione di inclusione non è accompagnata da azioni concrete"* (Intervistat\*8). Il ruolo della leadership emerge come fondamentale per l'implementazione concreta di queste politiche, anche se spesso *"vi è una disconnessione tra le dichiarazioni di supporto formali e le azioni concrete"* (Intervistat\*3).

- Formazione e Pedagogia Sanitaria e Universitaria:

emerge un forte accento sull'importanza della formazione degli operatori sanitari per superare barriere culturali e garantire un'assistenza inclusiva. La formazione degli studenti e dei futuri professionisti è ritenuta cruciale, ma emerge anche la necessità di un sostegno istituzionale per implementare efficacemente tali programmi.

- Esperienze, Atteggiamento e Linguaggio:

analizza l'impatto delle esperienze personali degli operatori LGBTQ+ e l'importanza di un linguaggio inclusivo, evidenziando come quest'ultimo possa influire profondamente sull'inclusione e sul rispetto delle identità LGBTQ+.

- Buone Prassi:

come la creazione di ambienti sanitari dedicati e specifici servizi per le esigenze delle persone LGBTQ+, sono stati considerati fondamentali. Come affermato da un intervistato: *"Intanto c'è però bisogno di specifici servizi dedicati alle transazioni o, per esempio, per le malattie infettive. Avere degli ambulatori dedicati. Quindi per le esigenze specifiche"* (Intervistat\* 10). L'adeguamento degli spazi fisici, come l'introduzione di bagni gender-neutral, e l'uso di simboli visibili di inclusività sono stati identificati come ulteriori passaggi essenziali per garantire un contesto sanitario rispettoso delle esigenze delle persone LGBTQ+.

Il Macrotema 2: Personale LGBTQIA+, pur essendo marginale rispetto al tema centrale della tesi, ha evidenziato aspetti rilevanti legati alla gestione della privacy e delle transizioni di genere nel contesto lavorativo. In particolare:

- Riservatezza e Privacy del Personale:

la gestione dell'identità di genere durante la transizione rappresenta una sfida significativa, con difficoltà nell'aggiornamento di dati anagrafici e procedure aziendali che talvolta portano a esposizioni indesiderate.

- Ambiente di lavoro:

richiede un adeguamento degli spazi fisici, come spogliatoi e bagni gender-neutral, per garantire un contesto rispettoso e accogliente per il personale transgender.

- Diversity Management:

riporta l'accento sul supporto attivo del management, politiche aziendali inclusive e la necessità di una formazione continua per ridurre lo stigma verso i colleghi LGBTQ+.

Infine, il confronto tra i dati degli interlocutori dell'ambito sanitario e quelli accademici rivela che, sebbene tutti enfatizzino la necessità di formazione, politiche inclusive e linguaggio rispettoso, gli interlocutori dell'ambito sanitario si concentrano maggiormente sulla gestione della privacy e sull'adeguamento degli spazi fisici, mentre quelli dell'ambito accademico pongono l'accento sull'importanza del cambiamento culturale e dell'advocacy nella lotta contro la discriminazione.

#### 2.1.3. Dalla ricerca esplorativa all'analisi dei modelli per l'affermazione di genere

I risultati della fase esplorativa evidenziano come le barriere culturali, individuali, interpersonali e istituzionali rappresentino ostacoli significativi all'inclusione delle persone LGBTQ+ nei contesti, confermando le difficoltà riscontrate in letteratura (Graglia M., 2022) e aggiunge insight specifici. È emersa la necessità di politiche chiare, di una cultura organizzativa aperta e di protocolli inclusivi, ma anche la disconnessione tra le politiche dichiarate e le pratiche reali, percepite spesso come “rainbow-washing”. Questo sottolinea l'importanza di modelli organizzativi che garantiscano coerenza tra dichiarazioni e azioni.

Tra gli elementi emersi, particolare rilevanza ha avuto il tema delle buone prassi auspicabili, come la creazione di ambienti sanitari specifici *“dedicati alle transizioni”*. Tale evidenza ha motivato la decisione di approfondire i modelli organizzativi per l'affermazione di genere nella seconda fase, poiché questi servizi si trovano a trasformare concretamente le risposte del sistema sanitario bilanciandole con le specifiche esigenze della popolazione TGD.

La fase esplorativa ha inoltre evidenziato l'importanza di un cambiamento culturale *“dal basso”* per promuovere l'inclusione attraverso l'empowerment degli operatori sanitari, coinvolgendoli attivamente nella definizione delle pratiche quotidiane, per evitare politiche puramente simboliche. Come sottolineato da un intervistato, *“fare politica inclusiva significa incarnare le politiche nelle pratiche, farle diventare azioni concrete”*. Questo approccio *“bottom-up”* motiva il metodo adottato nella seconda fase della ricerca, che esplora in dettaglio l'applicazione dei modelli organizzativi per l'affermazione di genere a partire dai professionisti che se ne occupano.

Le conclusioni qui accennate saranno approfondite nella discussione che integrerà i dati della seconda fase della ricerca, delineando in modo più dettagliato le raccomandazioni pratiche e gli interventi necessari per migliorare l'inclusione delle persone LGBTQ+ nei contesti sanitari italiani.

## 2.2. Fase 2: modelli organizzativi nella presa in carico di utenti con disforia di genere nel contesto italiano

### 2.2.1. Metodi e campionamento

Questa fase vuole rispondere quindi alla domanda: *“Quali modelli di assistenza in Italia vengono forniti alle persone per l'affermazione di genere e quali pratiche efficaci possono essere identificate e replicate per uniformare l'accesso alle cure e l'offerta di servizi per le persone trans?”*. Attraverso un metodo qualitativo multicentrico fenomenologico (Cardano M., 2011), ha analizzato i modelli esistenti e le opinioni degli specialisti sanitari sull'affermazione di genere. In primis, è stata mappata la distribuzione geografica dei servizi in Italia, consultando i siti web delle aziende sanitarie regionali, delle associazioni e dei centri specializzati, oltre al portale Infotrans. In accordo con le linee guida, che evidenziano l'importanza di adattare le cure di affermazione di genere ai contesti locali e culturali (Coleman E., 2022), sono

stati rilevati anche centri associativi e collettivi regionali che concorrono alla creazione di reti di servizi efficaci. I dati raccolti sono stati organizzati in un database e analizzati in categorie per delineare la distribuzione geografica, i servizi disponibili e i livelli di strutturazione (Allegato 6).

Successivamente, sono state contattate alcune realtà italiane dell'elenco individuato, afferenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Otto realtà sanitarie, distribuite tra Nord, Centro e Sud, sono state coinvolte tra luglio e ottobre 2024 in interviste semi-strutturate con diversi specialisti, tra cui psichiatri, endocrinologi, farmacologi e psicologi, operanti sia in centri specializzati che in servizi meno strutturati per l'assistenza alle persone che affrontano il percorso di affermazione di genere. Le domande dell'intervista sono state formulate per stimolare sia la descrizione di quanto in atto sia una riflessione critica, rilevando opinioni su vari temi, tra cui il contesto e lo sviluppo del servizio, i modelli organizzativi, l'accesso alle cure e i percorsi assistenziali, le difficoltà nella gestione dei pazienti, le barriere e i facilitatori, nonché le buone pratiche in atto o suggerite. A queste interviste si è aggiunto un focus group, su piattaforma Meet, multidisciplinare (comprendente psicoterapeuti, psichiatra, terapisti della riabilitazione psichiatrica, endocrinologo, neuropsichiatra infantile, infermiere, un membro del comitato etico dell'azienda) incaricati di individuare un modello organizzativo in grado di rispondere alle esigenze della popolazione trans nel territorio trentino, che quindi non avevano all'attivo un'esperienza strutturata di servizio per le persone con incongruenza di genere. La discussione, condotta in modo non direttivo con il coinvolgimento attivo dell'intervistatore "active-member-research" (Adler P. A., 1994), è stata arricchita da input specifici per stimolare riflessioni condivise tra i partecipanti.

Le interviste e il focus group sono stati audio-registrati (quando possibile), con raccolta del consenso informato, trascritti e anonimizzati, rispettando la privacy dei partecipanti. Le trascrizioni sono state analizzate con un approccio tematico induttivo tramite Atlas.ti (Allegato 7), permettendo la codifica e l'organizzazione dei dati. I risultati sono stati poi sistematizzati in Excel attraverso tabelle, calcolo delle frequenze e grafici. L'analisi si è articolata in tre fasi principali: familiarizzazione con i dati, codifica iniziale e raggruppamento dei codici in temi emergenti. Ogni intervista è stata riletta tre volte per garantire coerenza e affidabilità, verificando la congruenza tra

codici e temi e individuando aspetti impliciti. Infine, una triangolazione dei dati ha confrontato i risultati con la letteratura e la mappatura dei servizi, consolidando la validità delle interpretazioni e l'emersione di elementi non evidenti a un primo livello di codifica. Per ciascuna intervista, i dati sono stati organizzati in tabelle con temi principali, occorrenze, descrizioni ed estratti significativi, rispondendo alle domande di ricerca. Sulla base dei risultati, è stata creata una matrice SWOT (punti di forza, debolezza, opportunità, minacce) e un elenco di buone pratiche (Helms M.M., 2010; Benzaghta M. A., 2021; Hallencreutz, 2011).

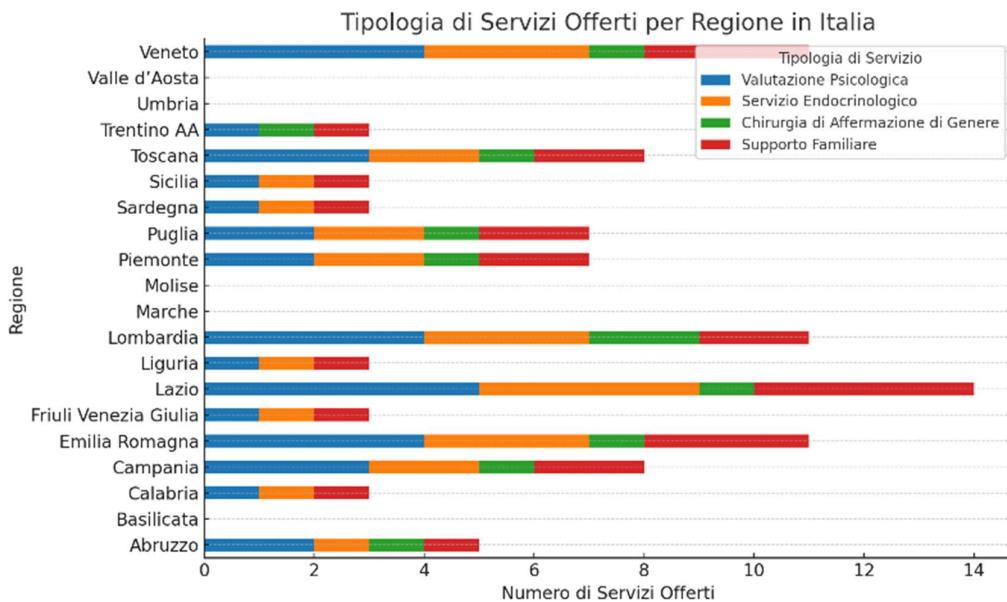
L'analisi del focus group ha rivelato le dinamiche organizzative necessarie per avviare il servizio, evidenziando barriere e opportunità per un'assistenza più inclusiva, attraverso una codifica tematica multipla.

Nella fase di meta-analisi, i dati delle interviste sono stati integrati per confrontare esperienze, individuare pattern comuni e differenze, e costruire una matrice SWOT condivisa insieme ad una tabella di buone prassi. Quest'analisi ha permesso di identificare punti di forza, debolezze e aree di miglioramento nei percorsi assistenziali per le persone trans\* in Italia.

### 2.2.2. Stato dell'arte: mappatura dei servizi in Italia ed analisi

Da quanto emerso dalla mappatura (Allegato 6), si evidenzia che l'Italia presenta una distribuzione disomogenea dei servizi dedicati alle persone che vogliono intraprendere un percorso di affermazione di genere, con notevoli variazioni tra le diverse regioni. Regioni come Campania, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Puglia, Toscana, Veneto e Sicilia offrono una gamma completa di servizi, che includono supporto psicologico, endocrinologico, chirurgia di affermazione di genere e servizi specialistici aggiuntivi. In contrapposizione, alcune regioni come Abruzzo, Liguria, Sardegna e Lombardia forniscono solo servizi fondamentali, prevalentemente endocrinologici e psicologici. Ulteriormente, diverse regioni, tra cui Basilicata, Marche, Molise, Umbria e Valle d'Aosta, non offrono servizi specifici o una presenza minima.

I servizi che vengono offerti sono:



- Supporto Psicologico e Psichiatrico.
- Servizi Endocrinologici: disponibili in quasi tutte le regioni, sono considerati fondamentali per il percorso di affermazione di genere.
- Chirurgia di affermazione di genere: non è uniformemente distribuita; è presente in Piemonte, Lazio, Emilia Romagna, Campania, Veneto e Toscana, con alcune strutture private che offrono servizi in convenzione, ad esempio in Sicilia e Emilia Romagna.
- Supporto alle famiglie: in aumento in Campania, Toscana e Friuli Venezia Giulia, con programmi dedicati per accompagnare le famiglie nel percorso di affermazione di genere.

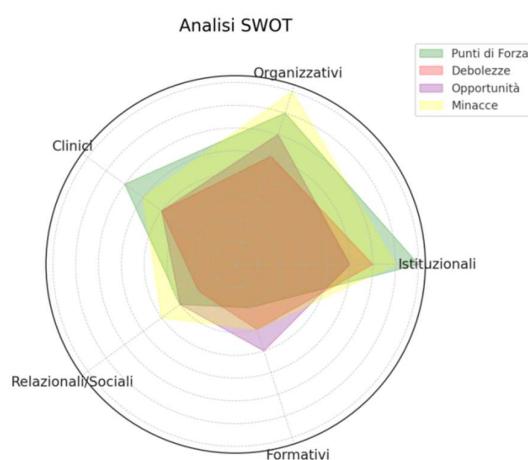
In base alla mappatura dei servizi dedicati, è emerso che nei siti aziendali non sempre è presente un riferimento esplicito ai servizi dedicati per questa popolazione. Inoltre, all'interno delle stesse regioni, il riferimento allo specialista o all'unità operativa varia, il che può generare confusione per le persone in cerca di supporto. Tali differenze possono influenzare l'accesso ai servizi delle persone transgender, rendendo necessario un approccio più sistematico nella comunicazione e nell'organizzazione dei servizi.

Infine, la presenza di associazioni e collettivi attivi si riscontra in regioni densamente popolate come Lazio, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia e Campania. Queste aree mostrano un forte network di supporto, sia a livello istituzionale che comunitario.

### 2.2.3. Risultati interviste e focus group

#### 2.2.3.1. Analisi SWOT

A livello macro, è stata utilizzata l'analisi SWOT (punti di forza, di debolezza, opportunità e minacce) per esaminare le dinamiche più generali e sistemiche emerse, fornendo una panoramica delle dinamiche interne ed esterne che caratterizzano i servizi, organizzata in aspetti istituzionali, organizzativi, relazionali/sociali, clinici e formativi. Si rimanda all'allegato 8 per la visione completa dei dati.



L'analisi evidenzia diversi punti di forza, soprattutto negli aspetti istituzionali e organizzativi, che emergono come i più impattanti, seguiti da quelli clinici e relazionali/sociali.

Uno dei principali **punti di forza** è rappresentato dal sistema sanitario pubblico universale, che garantisce l'accesso gratuito ai trattamenti per le persone transgender, facilitando così i

percorsi di affermazione di genere, come sottolineato da un intervistato: *“Il sistema sanitario pubblico garantisce l'accesso gratuito ai servizi...solitamente molto costosi”* (Intervistat\* 4).

Dal punto di vista organizzativo, la multidisciplinarità è un elemento chiave. L'équipe sanitaria, composta da specialisti in diverse aree (psicologi, psichiatri, endocrinologi, chirurghi, ginecologi e altri), consente di adottare un approccio olistico ai pazienti transgender. Un intervistato ha dichiarato: *“L'importanza di avere diversi specialisti nello stesso servizio che collaborano permette un approccio complessivo alla salute della persona, non solo per la disforia di genere, ma anche per il benessere generale”* (Intervistat\* 5).

Un altro punto di forza organizzativo è la flessibilità nell'accesso ai servizi, che permette ai pazienti di adattare le visite alle loro esigenze, facilitando l'accesso anche in orari meno affollati, come riporta un intervistato: *“Abbiamo programmato gli orari delle visite in modo tale da permettere ai pazienti di accedere ai servizi anche nel pomeriggio, quando l'affluenza degli altri pazienti è minore”* (Intervistat\* 9).

Sul piano relazionale/sociale, un aspetto cruciale è la capacità degli operatori di instaurare un rapporto empatico e sensibile con i pazienti, rispettando i nomi e pronomi scelti. Questo contribuisce a creare un ambiente accogliente e sicuro, come indicato in un'intervista: *“Quando i pazienti vengono riconosciuti per quello che sono, si sentono subito a proprio agio, riducendo il loro disagio nell'intraprendere il percorso”* (Intervistat\* 2).

I **punti di debolezza** riguardano principalmente gli aspetti istituzionali e organizzativi. La disomogeneità nell'accesso ai servizi tra le diverse regioni italiane rappresenta una delle problematiche più rilevanti. Come ha osservato un intervistato: *“Le differenze nell'offerta di servizi tra regioni costringono molti pazienti a percorrere lunghe distanze per ricevere assistenza, rendendo il sistema iniquo”* (Intervistat\* 9). A ciò si aggiunge la mancanza di protocolli sanitari nazionali chiari, che costituisce un ulteriore ostacolo. L'assenza di linee guida unificate lascia ogni regione libera di decidere autonomamente, aumentando il rischio di disparità nell'accesso alle cure. Un altro intervistato ha infatti evidenziato: *“La mancanza di protocolli chiari a livello nazionale crea un sistema in cui ogni regione agisce in modo indipendente, rendendo disomogeneo l'accesso... basti pensare all'iter per la diagnosi!”* (Intervistat\* 1).

Dal punto di vista organizzativo, la carenza di risorse specialistiche, in particolare operatori della salute mentale specificatamente formati e chirurghi esperti per interventi specifici, è stata riportata come un limite che allunga i tempi di attesa per i pazienti. Inoltre, la frammentazione del percorso assistenziale e la mancanza di un coordinamento centrale tra i vari servizi creano confusione e ritardi nel percorso di cura, come osservato da un intervistato: *“Non abbiamo una struttura formale per coordinare il lavoro dei vari specialisti, il che rende difficile per i pazienti capire chi devono vedere in quale fase del loro percorso di cura”* (Intervistat\* 6). La gestione sostenibile del servizio richiederebbe, inoltre, una pianificazione attenta delle risorse disponibili e l'individuazione di spazi che facilitino una collaborazione efficace tra

specialisti. Dal focus group emerge, infatti, come “*La coperta è sempre corta per tutti... c'è la necessità di identificare soluzioni logistiche che consentano una gestione condivisa e continuativa tra le figure professionali coinvolte*” (Focus group).

Un aspetto critico emerso sia dalle interviste che dal focus group riguarda la divergenza di opinioni su chi debba essere responsabile della diagnosi di disforia di genere. Da un lato, alcuni professionisti sostengono la necessità che la diagnosi rimanga di competenza psichiatrica, considerandola un passo imprescindibile per garantire una valutazione accurata, come affermato: “*Per il percorso di terapia ormonale è necessaria la valutazione psichiatrica, [...] che serve a valutare [...] la presenza di eventuali condizioni psicopatologiche ma anche una valutazione completa della persona*” (Intervistat\* 8). Dall'altro, vi sono coloro che propongono un approccio meno medicalizzato, in cui la diagnosi possa essere ad appannaggio degli psicologi al fine di rendere il percorso di affermazione di genere più accessibile e meno stigmatizzante per i pazienti: “*E' il servizio psicologico che si occupa della diagnosi di disforia di genere, e solo in caso di dubbio di problematiche di disturbi mentali, richiede una valutazione psichiatrica*” (Intervistat\* 3).

Interessante notare che la popolazione transgender, descritta come una popolazione informata, arriva spesso ai servizi già con aspettative precise, derivanti dal passaparola, da ricerche online o dal contatto con associazioni. Sebbene questo possa essere un punto di forza, può anche creare un disallineamento tra le aspettative dei pazienti e le risorse disponibili nei servizi.

Infine, la mancanza di formazione specifica e la scarsa sensibilizzazione dei medici di medicina generale rappresentano una barriera significativa all'accesso precoce ai servizi per i pazienti transgender. Come osservato: “*Molti pazienti arrivano da noi senza essere passati dal medico di base, perché spesso non trovano comprensione o informazioni adeguate*” (Intervistat\* 1).

Tra le **opportunità**, spicca la crescente sensibilità sociale verso la medicina di genere e i cambiamenti sociali che stanno aprendo nuove possibilità per l'inclusione delle persone transgender nel sistema sanitario. Un intervistato ha affermato: “*La società sta cambiando, e questo si riflette anche nella medicina, con un'attenzione crescente alle specificità delle persone transgender*” (Intervistat\* 7)..

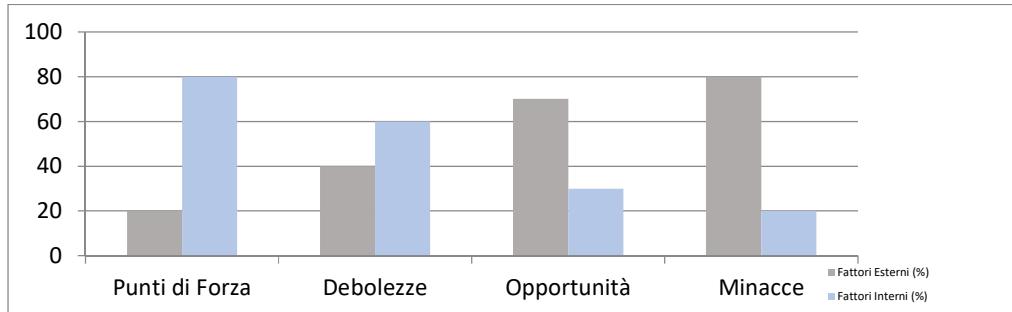
Inoltre, viene manifestata la volontà di creare reti interregionali per condividere risorse e buone prassi, rafforzando i collegamenti tra servizi e associazioni LGBTQ+ sul territorio. Un intervistato ha sottolineato: *“Collaboriamo con altre istituzioni regionali per ampliare la rete dei servizi offerti e migliorare l'accessibilità ai pazienti...ma ci piacerebbe poter capire cos'altro c'è in Italia, condividere esperienze, protocolli di ricerca, formazioni...”* (Intervistat\* 5).

La formazione specifica e continua del personale sanitario che opera nei servizi dedicati e la sensibilizzazione del personale non direttamente coinvolto (ad esempio, professionisti delle cure primarie, medici di altra specializzazione e personale amministrativo) rappresentano un'opportunità cruciale per migliorare l'approccio alle cure e garantire un trattamento inclusivo e rispettoso: *“La sensibilizzazione e la formazione del personale sanitario sono fondamentali per garantire che le persone transgender siano trattate con rispetto e competenza fin dalla prima chiamata per l'appuntamento...abbattendo le barriere che oggi esistono”* (Intervistat\* 9).

Le **minacce** principali riguardano gli aspetti istituzionali. La lentezza normativa e l'incertezza legislativa rallentano l'implementazione di servizi strutturati e omogenei a livello nazionale per la comunità transgender. Inoltre, la speculazione economica nel settore privato costituisce una minaccia significativa, poiché i costi elevati dei trattamenti privati rendono l'accesso alle cure non equo per tutti i pazienti. Come indicato: *“Nel privato, tutto si muove più velocemente, ma a un costo alto, non accessibile a tutti”* (Intervistat\* 4).

Infine, emergono rischi legali legati alla gestione della privacy e al consenso informato, soprattutto in assenza di normative chiare. Questo potrebbe esporre i professionisti sanitari a controversie legali, come evidenziato: *“Le questioni legali in questo ambito sono complesse... il rischio di denuncia c'è! E' fondamentale agire sempre in ottica di consenso informato”* (Intervistat\* 1)..

Anche alcuni aspetti relazionali/sociali rappresentano una minaccia, poiché la resistenza al cambiamento e la persistente intolleranza sociale continuano a ostacolare il miglioramento dei servizi sanitari per le persone transgender. Come osservato: *“Alcuni operatori si lamentavano del fatto che si aprisse un servizio per questo tipo di popolazione”* (Intervistat\* 2).



Come evidenziato nella tabella, i punti di forza sono legati a fattori interni, mentre le minacce derivano da elementi esterni. Le debolezze combinano aspetti interni ed esterni, e le opportunità, pur principalmente esterne, includono possibilità di miglioramento interno nella formazione del personale.

#### 2.2.3.2. Analisi best practice

I dati hanno individuato alcune pratiche di riferimento per migliorare l'efficacia dei percorsi di affermazione di genere, valutate sulla base di tre criteri: rilevanza per l'impatto diretto sulla qualità dell'assistenza e l'esperienza del paziente; ricorrenza nelle interviste o segnalazione come prioritarie; impatto potenziale sull'ottimizzazione dei processi, l'efficacia dei servizi e l'accessibilità. Questi criteri hanno guidato il processo di estrazione delle buone prassi, assicurando che fossero rappresentative delle esigenze del contesto analizzato e che potessero offrire spunti utili per il miglioramento delle pratiche attuali.

Categoria	Buone prassi	Descrizione
1. Organizzazione e processi di assistenza	Approccio multidisciplinare	Creare equipe multidisciplinari con competenze diversificate per gestire i casi in modo integrato.
	Diagnosi multidisciplinare	Realizzare la diagnosi coinvolgendo psicologi e psichiatri, garantendo un'analisi approfondita delle condizioni del paziente.
	Personalizzazione dei percorsi di cura	Adattamento del percorso in base alle specifiche condizioni e necessità del paziente.
	Monitoraggio a lungo termine	Seguire i pazienti anche dopo la fase di transizione, con follow-up regolari per controllare l'evoluzione del trattamento.
	Protocolli definiti	Implementare protocolli chiari e procedure dettagliate per tutto il percorso, con monitoraggi periodici ogni 3-4 mesi.

2. Accessibilità, inclusività e qualità del servizio	Accessibilità flessibile e inclusiva	Assicurare un accesso multimodale ai servizi tramite richiesta autonoma, invio di specialisti o MMG o associazioni. Ridurre le barriere legate allo stigma e alla distanza attraverso orari estesi o dedicati per garantire privacy e facilitare l'accesso, anche per chi vive in aree rurali.
	Uso di linee guida nazionali e internazionali (WPATH, ONIG)	Aderire a linee guida riconosciute per garantire la qualità e la sicurezza delle cure.
	PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali)	Standardizzare i percorsi di transizione per garantire continuità e qualità dell'assistenza.
	Indicatori di qualità e monitoraggio	Monitorare l'efficacia dei percorsi attraverso indicatori chiave, come il numero di casi trattati e i tempi di attesa.
	Configurazione inclusiva degli spazi	Creare ambienti rispettosi e accoglienti, come bagni agender e sale d'attesa dedicate, per garantire a tutti i pazienti un'esperienza confortevole.
3. Formazione e Aggiornamento	Formazione continua del personale dell'equipe dedicate	Garantire programmi di formazione costante su EBP e EBM.
	Sensibilizzazione del personale sanitario e amministrativo	Realizzare iniziative di sensibilizzazione e formazione per i medici di base e personale sanitario per migliorare l'invio e l'accessibilità ai servizi.
	Supervisione e intervisione	Favorire un costante scambio tra i professionisti per garantire il miglioramento continuo delle pratiche.
4. Supporto Psicologico ed Emotivo	Supporto psicologico per pazienti	Fornire supporto psicologico ai pazienti durante la fase di diagnosi e nel percorso di affermazione di genere.
	Coinvolgimento e sostegno alle famiglie e rete di supporto	Creare gruppi di supporto per genitori e incontri con le famiglie per facilitare il percorso di affermazione.
	Supporto Peer-to-Peer	Promozione di gruppi di supporto tra pari con persone trans* che hanno effettuato il percorso di affermazione.
5. Collaborazione e Rete Estesa	Integrazione sanitaria	Creare reti di collaborazione tra reparti specializzati e altre strutture sanitarie per migliorare la qualità e la continuità delle cure, riducendo i tempi di attesa.
	Collaborazione con associazioni LGBTQ+ del territorio	Stabilire partnership con associazioni locali LGBTQ+ per facilitare l'accesso ai servizi e collaborare nell'offerta dei servizi.
	Coinvolgimento della comunità LGBTQ+ nei processi decisionali	Assicurare il coinvolgimento della comunità LGBTQ+ nei processi decisionali delle strutture sanitarie per garantire che i servizi siano rispondenti ai loro bisogni, anche attraverso la consultazione di evidenze scientifiche o valutazione della soddisfazione da parte dei pazienti.
6. Diritti e Tutela del Paziente	Semplificazione e gestione procedure burocratiche	Implementare procedure chiare e semplificate per la gestione del cambio anagrafico nei documenti sanitari, assicurando al contempo la riservatezza delle informazioni dei pazienti.
	Pratiche di empatia e rispetto per l'identità personale	Rispettare l'identità personale dei pazienti, compresi i nomi e i pronomi scelti.
	Consenso Informato Dettagliato	Fornire ai pazienti informazioni chiare e complete sui trattamenti per favorire decisioni consapevoli.
	Procedure legali supportate da documentazione accurata	Garantire la preparazione di referti psicologici e psichiatrici in linea con le richieste amministrative del tribunale per efficientare i passaggi.

Gli interlocutori concordano sull'importanza di un team multidisciplinare per i percorsi di affermazione di genere, includendo psicologi ed endocrinologi come figure chiave. Tuttavia, vi sono opinioni divergenti sul coinvolgimento costante di uno psichiatra, ritenuto necessario da alcuni e occasionale da altri. Chirurghi, urologi e ginecologi specializzati sono considerati importanti, ma non sempre disponibili. Anche il ruolo del comitato etico è dibattuto, in particolare per decisioni delicate, come nel caso dei minori o persone con comorbidità psichiatriche: *“Il comitato etico deve essere coinvolto in decisioni critiche, specialmente nei casi dei minori”* (Intervistat\* 8).

Una buona prassi suggerita, ma non implementata, dagli intervistati è la creazione di reti tra i servizi dedicati alla diagnosi e ai percorsi di affermazione di genere. Questa proposta migliorerebbe i servizi attraverso incontri periodici, scambio di buone prassi e formazione.

Alla luce dei risultati emersi dalle interviste e dal focus group, è delineata una panoramica dei modelli organizzativi per l'assistenza alle persone con disforia di genere in Italia, evidenziandone sfide e opportunità nei contesti regionali. I macrotemi individuati sintetizzano le aree chiave emerse nella seconda fase della ricerca:

- disomogeneità del sistema sanitario e accesso ai servizi;
- importanza della multidisciplinarietà e delle best practice;
- ruolo della diagnosi e tensione tra gli approcci;
- ruolo della leadership e coordinamento organizzativo;
- sfide e opportunità nella formazione del personale sanitario;
- ruolo della comunità e delle associazioni;
- sfide istituzionali.

La discussione del capitolo successivo correrà questi dati e quelli della prima fase di ricerca con la letteratura, approfondendo strategie per migliorare i percorsi di affermazione di genere in ottica inclusiva e di qualità.

### 3. Discussione

I risultati della ricerca offrono una visione articolata e quanto più possibile approfondita delle dinamiche di accesso ai servizi sanitari da parte della comunità LGBTQ+ in Italia, con un focus specifico sui percorsi di affermazione di genere. La ricerca nelle due fasi, ha portato alla luce aspetti cruciali legati alle barriere di accesso, alle sfide e alla necessità di un modello di assistenza inclusivo e personalizzato.

La prima fase ha evidenziato gli ostacoli significativi nell'accesso ai servizi sanitari dovuti a barriere culturali, individuali, interpersonali e istituzionali, confermando quanto già emerso in studi precedenti (Graglia M., 2022). L'analisi evidenzia l'impatto di politiche pubbliche, clima politico-sociale e cultura organizzativa nel favorire ambienti inclusivi o, al contrario, dinamiche escludenti. Le interviste mostrano una realtà frammentata, dove le misure adottate risultano talvolta simboliche, fenomeno noto come “rainbow-washing”, in cui le dichiarazioni di inclusione non sono supportate da azioni concrete e reali cambiamenti all'interno delle organizzazioni (Lloren A., 2017). Emerge quindi la necessità di politiche chiare e di una leadership attiva nella promozione di ambienti sicuri e inclusivi, in linea con la letteratura esistente (Wilkerson J. M., 2011; Hudson K. D., 2022). Tuttavia, persistono discrepanze tra dichiarazioni di supporto e azioni effettive, che sottolineano l'importanza di un cambiamento culturale, in linea con le analisi di Yu (Yu H., 2023). Entrambe le fasi della ricerca hanno evidenziato come questo cambiamento deve essere accompagnato dal rafforzamento della formazione del personale sanitario, riconosciuto, anche in letteratura, come cruciale per migliorare la relazione con l'utenza LGBTQ+ (Zeeman L. et al., 2019).

Dai dati emerge che la formazione, intesa come parte integrante della crescita professionale, è fondamentale per ridurre stereotipi e comportamenti discriminatori, contribuendo a un ambiente inclusivo (Fiorilli O, 2019; Yu H., 2023). Essa contrasta anche pregiudizi che svalutano il contributo delle persone LGBTQ+, accusandole di mancanza di obiettività. Questo aspetto, meno trattato in letteratura, rivela una sfida interna: le discriminazioni influenzano non solo le relazioni con i pazienti ma anche le dinamiche tra colleghi. Un aspetto rilevante della prima fase riguarda le microaggressioni e le pratiche discriminatorie sottili che si manifestano nei contesti

organizzativi. Si evidenzia come tali atteggiamenti, spesso non immediatamente riconoscibili, possano compromettere seriamente il clima inclusivo e la percezione di accoglienza per le persone LGBTQ+. Questi comportamenti, che possono includere battute inappropriate o sguardi giudicanti, rappresentano una sfida importante per l'efficacia delle politiche di inclusione e richiedono un'attenzione specifica e continua (Kimber B., 2024; Mitchell L.A., 2023).

In entrambe le fasi, gli intervistati evidenziano inoltre la necessità di moduli LGBTQ+ nei curricula e programmi di formazione continua (Zeeman L. et al., 2019; Mains-Mason J.B., 2022). La carenza di formazione ha implicazioni significative, influendo sulle relazioni con i pazienti e sulla gestione della privacy e dei bisogni del personale transgender in transizione. Questo evidenzia l'urgenza di linee guida chiare per prevenire violazioni della privacy e situazioni di disagio, che potrebbero sfociare in episodi di violenza istituzionale, richiedendo interventi per un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso (UNAR, 2020; Coleman E., 2022; Roberson Q., 2024).

Parallelamente, emerge l'importanza dell'efficacia nelle politiche di inclusione. Nonostante il Piano Nazionale per la medicina di genere (Ministero della Salute, 2019) l'assistenza sanitaria per le persone LGBTQ+ resta frammentaria e poco rispondente alle loro esigenze specifiche, come confermato anche da studi internazionali (Ehrensaft D., 2017; Zeeman L. et al., 2019). Le interviste rivelano numerose barriere all'accesso, come la scarsa sensibilità del personale, il mancato rispetto dei pronomi e la carenza di spazi adeguati, in linea con la letteratura (Zeeman L. et al., 2019). Buone prassi locali esistono - come la carriera alias in ambito accademico, la ristrutturazione degli ambienti fisici e l'implementazione dei servizi dedicati per l'affermazione di genere - ma senza un supporto strutturale rischiano di restare iniziative isolate e limitate, nonostante le raccomandazioni (Zeeman L. et al., 2019). Descritti dagli intervistati come importanti risultano essere simboli visibili di inclusione, come bandiere arcobaleno, poster, o altri segnali di accoglienza. Tali simboli offrono alla comunità LGBTQ+ un segnale concreto di appartenenza e sicurezza, contribuendo a creare un ambiente più accogliente e supportando l'intento inclusivo delle organizzazioni. Aiuta inoltre a contrastare l'eteronormatività implicita, rinforzando la percezione di un ambiente davvero inclusivo e rispettoso (Moreno, 2017). I risultati evidenziano la necessità di integrare queste pratiche nei servizi sanitari per rispondere

meglio alle esigenze della comunità, in particolare delle persone transgender e intersex, che affrontano bisogni specifici e vulnerabilità uniche (Zeeman L. et al., 2019; van der Star, 2015; Coleman E., 2022; Tran N.K., 2023).

Gli intervistati condividono l'opinione che il contesto socio-politico italiano influisca notevolmente sulla possibilità di implementare servizi inclusivi per le persone LGBTQ+, specialmente nei percorsi di affermazione di genere. La mancanza di politiche chiare, la lentezza istituzionale e la resistenza sociale al cambiamento ostacolano l'adozione di pratiche sanitarie inclusive, come confermato dalle minacce nell'analisi SWOT e in studi recenti (Ross M.B., 2023). In risposta, emerge un approccio "bottom-up," adottato dagli operatori stessi, che favorisce l'inclusione come valore condiviso piuttosto che come semplice obbligo istituzionale (Wilkerson J. M., 2011). Questo approccio viene descritto dai dati come opportunità per creare percorsi di cura più flessibili e adattati alle esigenze reali delle persone transgender che accedono a quel servizio. Nella seconda fase, si evidenzia come la mancanza di una strategia nazionale chiara abbia reso questo approccio indispensabile per integrare le politiche "top-down", spesso lente e inadeguate rispetto ai bisogni della popolazione transgender. La nascita dei servizi contattati è legata spesso all'impegno e all'interesse diretto dei professionisti, dimostrando che la leadership personale può essere un potente motore di innovazione. Coerentemente con la letteratura internazionale, questo approccio "bottom-up" si allinea con il concetto di comunità di pratica, che funge da catalizzatore per il cambiamento organizzativo (Noar A.P., 2023). Esempi di implementazione dal basso (van Beers, 2022) mostrano come questo approccio generi una cultura di miglioramento continuo, successivamente integrata nelle strategie formali.

Inoltre, l'analisi delle esperienze locali evidenzia come le reti di supporto nate dal basso riescano ad adattarsi rapidamente e offrire un sostegno personalizzato, migliorando accessibilità e qualità dei servizi. Questa flessibilità risulta essenziale per superare la rigidità dei modelli istituzionali, promuovendo un sistema sanitario più equo e inclusivo. Di conseguenza, le iniziative locali si configurano come un motore di innovazione e un modello da seguire, soprattutto in un contesto in cui le istituzioni nazionali tardano a riconoscere pienamente i diritti e i bisogni della popolazione transgender.

In questo quadro, il tema delle disuguaglianze territoriali assume un ruolo centrale nella seconda fase della ricerca, evidenziando la mancanza di un modello uniforme e la forte disomogeneità nella distribuzione dei servizi tra le regioni. Questa disparità, confermata da altri studi, solleva la necessità di un modello più omogeneo e accessibile a livello nazionale, eliminando eventuali barriere all'accesso alle cure per le persone transgender (Mikulak M., 2021). L'assenza di protocolli nazionali, che delega alle singole regioni la gestione dei servizi, contribuisce a un sistema frammentario e iniquo. Inoltre, la distribuzione non uniforme delle risorse e dei fondi per l'assistenza sanitaria tra le regioni, con notevoli disparità tra Nord e Sud (Vicarelli G., 2015), aggrava ulteriormente le disuguaglianze.

Dai dati dello studio SPoT italiano (Fisher A.D., 2024) risulta una maggiore concentrazione della popolazione TGD nelle regioni del Nord e del Centro Italia, che ospitano complessivamente tra il 59% e il 22% della popolazione TGD. Al contrario, nelle regioni del Sud e nelle isole, la presenza di persone TGD è sensibilmente inferiore, pari al 12% nel Sud e al 7% nelle isole. Questa distribuzione geografica si riflette nella mappatura dei servizi: le regioni del Nord e del Centro Italia offrono una maggiore disponibilità di strutture dedicate e multidisciplinari per l'affermazione di genere, mentre nel Sud e nelle isole i servizi sono più limitati. Le aree più urbanizzate, con una rete sanitaria strutturata, ospitano anche un numero maggiore di associazioni LGBTQ+ che forniscono informazioni e supporto. Ritengo che questo scenario potrebbe suggerire che la disponibilità di servizi specializzati possa influenzare le scelte di residenza delle persone transgender, un fenomeno già osservato in studi internazionali (Coleman et al., 2022), secondo cui l'accesso alle cure specializzate orienta le migrazioni interne verso aree con migliori opportunità di supporto. Inoltre, la carenza di personale specializzato per alcuni interventi chirurgici porta alcune persone a cercare assistenza all'estero, con le difficoltà economiche e logistiche che ne derivano. Di fronte a queste disuguaglianze, un recente studio propone il decentramento dell'assistenza per l'affermazione di genere come soluzione per ridurre i tempi di attesa e facilitare una rete di supporto più accessibile e diffusa (Ross M.B., 2023). Questa strategia potrebbe migliorare l'equità del sistema sanitario, garantendo una maggiore uniformità nell'accesso ai servizi su tutto il territorio nazionale e mitigando le migrazioni interne legate alla disponibilità di servizi.

Dall'analisi emerge una varietà di livelli di strutturazione dell'assistenza offerta nei servizi sanitari. Alcune realtà sono altamente specializzate e offrono assistenza integrata, combinando le diverse specialità, attraverso ambulatori multidisciplinari che si costituiscono con cadenza varia o centri dedicati con equipe strutturate. Altre, pur disponendo di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari, operano con equipe non formalmente costituite. Questo significa che le loro attività si svolgono in ambulatori di routine, senza un coordinamento strutturato, aspetto che, come identificato nell'analisi SWOT, rappresenta una barriera, poiché causa una frammentazione del percorso assistenziale e difficoltà di coordinamento tra specialisti. Infine, ci sono strutture che offrono servizi di base, come endocrinologia, chirurgia o supporto psicologico, all'interno di un contesto ambulatoriale di routine. È unico il caso di un day hospital a Bari. I dati qui presentati escludono i servizi offerti da singoli specialisti nelle strutture sanitarie e le iniziative emergenti nelle aziende, non ancora ufficialmente pubblicate o formalizzate.

Un tema emerso dai risultati è la gestione sostenibile del servizio, che richiede una pianificazione attenta delle risorse e l'ottimizzazione degli spazi per favorire la collaborazione interdisciplinare. Per garantire continuità ed efficacia, è necessaria una leadership in grado di gestire sia i vincoli operativi sia le relazioni tra specialisti, promuovendo un sistema coeso. La letteratura recente evidenzia l'importanza di modelli organizzativi che promuovano l'integrazione tra specialisti e l'allocazione efficiente delle risorse (Leeftink A. G., 2018).

Di fronte a queste sfide, gli intervistati sottolineano la necessità di protocolli nazionali chiari, che potrebbero ridurre le disparità territoriali e facilitare una gestione più coordinata dei percorsi di affermazione di genere, offrendo così cure più coerenti e prevedibili (Sinsky C.A., 2021). Anche a livello internazionale, linee guida come quelle della WPATH mirano a stabilire standard uniformi (Coleman E, 2022).

La comunicazione dei servizi di affermazione di genere è problematica: le informazioni sui siti sanitari sono spesso incomplete o poco chiare, rendendo difficile per gli utenti trovare i dettagli necessari. Il portale Infotrans cerca di centralizzare le informazioni, ma non sostituisce la necessità di una comunicazione più chiara e uniforme da parte delle strutture sanitarie. Gli intervistati e il progetto Health4LGBTI

(Zeeman et al., 2019) confermano che una comunicazione efficace è cruciale per migliorare l'accesso ai servizi.

Nell'analisi SWOT viene rilevata la buona alfabetizzazione sanitaria della popolazione TGD nell'accesso ai servizi. Questo richiede alle strutture sanitarie una maggiore capacità di adattamento, evitando modelli standardizzati e rigidi. La necessità di un accesso flessibile ai servizi diventa quindi cruciale, poiché i modelli attuali rischiano di creare un “effetto imbuto” che limita l'accesso completo per parte della popolazione transgender. La letteratura supporta l'importanza di un approccio flessibile e personalizzato (Coleman et al., 2022), espresso dagli intervistati, evidenziando come buone prassi come la collaborazione con associazioni locali e l'offerta di modalità di accesso diversificate possano ridurre le disuguaglianze e migliorare la qualità dell'assistenza. Integrare un accesso diversificato nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) rappresenterebbe un passo avanti verso un sistema sanitario più inclusivo e orientato alla persona.

Gli intervistati sottolineano anche l'importanza di un approccio intersezionale, fondamentale per comprendere le somiglianze tra le esperienze della comunità LGBTQ+ e quelle di altre minoranze. Nella prima fase emerge come le persone LGBTQ+ affrontino sfide simili a quelle di altre minoranze di genere e sociali, tra cui le donne e le minoranze etniche, mostrando che le discriminazioni, pur diversificate, condividono radici comuni nei pregiudizi socio-culturali. Nella seconda fase, l'approccio intersezionale emerge poiché le disuguaglianze sanitarie risultano aggravate in assenza di una prospettiva che consideri anche etnia, classe sociale e status socioeconomico (Gamson, 1995; Rosa, 2022).

Nonostante l'adozione di modelli e linee guida, in Italia manca ancora un consenso sull'approccio ottimale per la disforia di genere. La presente ricerca ha evidenziato divergenze di opinioni sul modello medico-psichiatrico, che richiede una diagnosi di disforia di genere per l'accesso ai trattamenti ormonali, pratica comune anche in altri Paesi europei (Coleman E., 2022). Mentre alcuni professionisti intervistati vedono questo requisito come garanzia di un percorso strutturato, altri lo percepiscono come un ostacolo all'autodeterminazione, che può costringere i pazienti a conformarsi a criteri diagnostici predefiniti (Ross M.B., 2023). La necessità di una diagnosi rallenta inoltre l'accesso ai servizi e limita la flessibilità del percorso di cura.

(Budge S. L., 2015; Crapanzano A., 2021). Queste divergenze evidenziano l'importanza di sviluppare buone prassi che bilancino la necessità di una diagnosi strutturata con l'autodeterminazione dei pazienti, garantendo percorsi di cura flessibili e inclusivi. Un'alternativa al modello diagnostico tradizionale è il consenso informato, ampiamente adottato negli Stati Uniti (Childress J.F., 2020; Crapanzano A., 2021). In questo contesto, nell'analisi dei risultati, il consenso informato e il processo decisionale condiviso emergono come elementi chiave per rispettare la volontà dei pazienti, confermando quanto riportato in letteratura (Childress J.F., 2020; Crapanzano A., 2021), in accordo con la volontà stessa dei pazienti (Ross M.B., 2023). Questo confronto solleva questioni sull'equilibrio tra esigenze istituzionali e bisogni dei pazienti, con importanti implicazioni per il loro benessere psicologico.

La ricerca evidenzia la necessità di un approccio multidisciplinare e personalizzato nei percorsi di affermazione di genere, in cui équipe composte da psicologi, psichiatri, endocrinologi e chirurghi possano rispondere in modo integrato alle esigenze dei pazienti, come già discusso in letteratura (Karasic DH, 2018; Coleman E., 2022), concordando sull'importanza di un coordinamento efficace tra i professionisti. Un aspetto emerso in modo uniforme riguarda la necessità di monitoraggio e supporto psicologico continuo nel percorso dei pazienti, tenendo conto delle risorse disponibili e della volontà stesse del paziente, come confermato ampiamente in letteratura (Sorbara J.C., 2020). Rimangono necessari ulteriori approfondimenti per chiarire il ruolo del comitato etico.

La mancanza di formazione adeguata per le esigenze della popolazione trans, in particolare per i medici di medicina generale e i professionisti della salute mentale, e più in generale per tutto il personale sanitario e amministrativo, rappresenta un ostacolo all'accesso precoce ai servizi, come riportato dagli intervistati e confermato dalla letteratura (Cicero EC, 2019; McDermott E., 2021; Burgwal A., 2021).

Infine, la ricerca evidenzia la necessità di sviluppare reti tra i servizi regionali per facilitare lo scambio di buone prassi e la formazione continua. Tali reti possono contribuire a creare una cultura di miglioramento continuo e a superare le disuguaglianze territoriali, come dimostrato in altre realtà internazionali (Eracleous H., 2009). A questo proposito gli intervistati concordano nell'importanza di una

collaborazione strutturata tra reparti specializzati e associazioni LGBTQ+ del contesto locale (Coleman E., 2022).

Per quanto riguarda le buone prassi cliniche, gli intervistati sottolineano l'importanza del coinvolgimento delle famiglie per il successo del percorso di affermazione di genere. Questa rappresenta una sfida spesso invisibile: l'assenza di accettazione sociale e il giudizio esterno possono infatti influire sul disagio psicologico dei pazienti. Un servizio efficace dovrebbe garantire supporto e inclusione familiare, elementi essenziali per accompagnare i pazienti, creare un ambiente di sostegno e fungere da fattore protettivo durante il loro percorso (von Doussa, 2017; Puckett J.A. M. E., 2019). Parallelamente, il supporto peer-to-peer viene considerato essenziale per migliorare l'esperienza dei pazienti e costruire solide reti di supporto comunitarie, facendo eco alla letteratura (Kia H., 2021). Tuttavia, la resistenza da parte delle famiglie e le questioni legali, come le denunce, rappresentano minacce esplicite nella SWOT.

Nonostante la presente ricerca abbia permesso di esplorare alcune dinamiche di accesso ai servizi sanitari per la comunità LGBTQ+ in Italia e identificare i modelli, le barriere e le buone prassi nell'assistenza all'affermazione di genere, è importante considerare alcune limitazioni metodologiche e critiche che ne influenzano la portata e l'interpretazione dei risultati. Una prima criticità riguarda la natura qualitativa dell'analisi, che, pur offrendo una comprensione profonda delle dinamiche e dell'esperienze, potrebbe beneficiare dell'integrazione di dati quantitativi.

Un altro limite riguarda il campione ristretto di intervistati, che potrebbe non essere rappresentativo di tutti i contesti sanitari italiani. Inoltre, la selezione di un campione di professionisti coinvolti in contesti particolarmente sensibili al tema dell'inclusione potrebbe aver portato a una sovrarappresentazione di opinioni favorevoli. Di conseguenza, i risultati potrebbero riflettere una visione più ottimistica o pessimistica rispetto alla realtà più ampia dei servizi sanitari italiani.

Nonostante queste limitazioni, la forza della ricerca risiede nella varietà di prospettive professionali raccolte, che forniscono una visione diversificata delle sfide e delle opportunità legate all'interazione con i servizi sanitari della comunità LGBTQ+ e in particolare delle persone TGD. Questa varietà ha contribuito a delineare un quadro

articolato delle dinamiche interne alle strutture sanitarie, evidenziando il ruolo cruciale dei professionisti nel promuovere un cambiamento culturale sostenibile. Un cambiamento che, come emerso dai dati, deve essere guidato non solo dalle politiche istituzionali, ma anche dall'impegno quotidiano di ogni membro dell'organizzazione.



## 4. Conclusioni e implicazioni per la pratica

La ricerca ha evidenziato la complessità delle dinamiche di accesso ai servizi sanitari per la comunità LGBTQ+, mostrando come il rischio di semplificazioni eccessive rimanga elevato di fronte alla varietà delle esperienze di genere e orientamento sessuale. È fondamentale superare interpretazioni riduttive, basandosi su dati scientifici e sull'osservazione della realtà, per creare spazi sicuri dove le persone possano esplorare e affermare la propria identità, sviluppando la resilienza necessaria a fronte di un contesto non sempre accogliente.

Nonostante l'accesso ai trattamenti di affermazione di genere sia garantito formalmente, permangono disuguaglianze regionali e barriere organizzative che ostacolano l'accessibilità delle cure. La multidisciplinarità e il supporto psicologico sono cruciali per un'assistenza di qualità, ma è necessaria anche una maggiore standardizzazione dei servizi e una formazione continua per ridurre le disomogeneità territoriali.

L'integrazione tra approcci top-down e bottom-up si rivela essenziale per migliorare l'accesso e la qualità delle cure. Le politiche nazionali devono essere più incisive, ma è altrettanto importante valorizzare l'empowerment degli operatori e lo sviluppo di comunità di pratiche che sappiano rispondere alle esigenze reali dei pazienti. Questo approccio promuove un cambiamento culturale più radicato e duraturo.

L'uso della matrice SWOT ha permesso di identificare criticità, le opportunità, i punti di forza e le debolezze nei servizi per l'affermazione di genere offrendo suggerimenti per implementare modelli organizzativi che rispondano in maniera efficace ed efficiente alle esigenze specifiche delle persone transgender. Le best practice, invece, orientano il miglioramento della qualità delle prestazioni, garantendo al contempo attenzione ai bisogni degli operatori sanitari.

È essenziale mantenere un bilanciamento tra la flessibilità, necessaria per rispondere alle specificità dei pazienti e dei contesti locali, e una certa strutturazione dei percorsi di cura, per assicurare omogeneità ed equità nell'accesso ai servizi.

In ottica futura, questo equilibrio contribuirà a un sistema sanitario più resiliente e inclusivo, capace di rispondere alle evoluzioni dei bisogni senza sacrificare la coerenza delle cure su tutto il territorio.

Il rapporto diretto tra operatori e utenti è fondamentale per costruire fiducia e ridurre le barriere percepite. Gli operatori, se responsabilizzati, possono diventare agenti di cambiamento, promuovendo ambienti di lavoro inclusivi. Tuttavia, per sostenere tali dinamiche è necessario un adeguato investimento di risorse.

In conclusione, questo lavoro ha messo in luce la necessità di un cambiamento culturale che coinvolga non solo il sistema sanitario, ma anche la società nel suo complesso, per ridurre la stigmatizzazione e garantire un approccio inclusivo alla salute di genere. Solo attraverso un'integrazione tra strategie politiche, pratiche locali e empowerment degli operatori sarà possibile creare un sistema più equo, capace di rispondere alle sfide della diversità umana. Si auspica che i risultati di questo studio possano contribuire ad alimentare il dibattito per incrementare strategie organizzative verso una maggiore inclusività, offrendo un supporto concreto alle persone LGBTQ+ che incontrano i servizi sanitari e promuovendo un ambiente in cui la loro autodeterminazione possa essere pienamente riconosciuta e rispettata.

## 5. Bibliografia

- A.D. Fisher, G. S. (2022). SIGIS-SIAMS-SIE position statement of gender affirming hormonal treatment in transgender and non-binary people. *Journal of Endocrinological Investigation*, 45:657-673.
- Adler P. A., A. P. (1994). Observational techniques. In N. K. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (p. pp. 377–392). Sage Publications.
- Agana M.G., G. D. (2019). Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-Month*, 65:303–356.
- Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali, (. (2023). Fundamental Rights Report 2023. *European Union Agency for Fundamental Rights*.
- Alencar Albuquerque G., d. L. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*, 16, 2.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Wasington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it*. Milano: Raffaello Cortina.
- American Psychiatric Association. (2017). *Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) individuals and mental health*. Washington.
- American Psychiatric Association. (2024). Position statement on conversion therapy and LGBTQ+ patients. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (s.d.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anzani A., P. C. (2020). Personality Disorders and Personality Profiles in a Sample of Transgender Individuals Requesting Gender-Affirming Treatments. *Int J Environ Res Public Health*, 27;17(5):1521.
- Association American Psychological. (2021). Guidelines for psychological practice with sexual minority persons. Washington: APA Council of Representatives.
- Atteberry-Ash B, K. S. (2021). Differential Experiences of Mental Health among Transgender and Gender-Diverse Youth in Colorado. *Behav Sci (Basel)*, 9;11(4):48.

- Barbee H., H. B. (2024). Postoperative Regret Among Transgender and Gender-Diverse Recipients of Gender-Affirming Surgery. *JAMA Surg*, 1;159(2):125-126.
- Bauer G., S. A. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720.
- Becerra-Culqui T.A., L. Y. (2018). Goodman M. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*, 141(5):e20173845.
- Benzaghta M. A., E. A. (2021). SWOT analysis applications: An integrative literature review. *Journal of Global Business Insights*, 6(1), 54-72.
- Berner A.M., H. D. (2020). An evaluation of self-perceived knowledge, attitudes and behaviours of UK oncologists about LGBTQ+ patients with cancer. *ESMO Open*.
- Bhugra D, E. K. (2016). WPA Position Statement on Gender Identity and Same-Sex Orientation, Attraction and Behaviours. *World Psychiatry*, Oct;15(3):299-300.
- Blondeel K, S. L. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health*, 22;15:16.
- Brown J., P. R. (2023). Prevalence of cancer risk factors among transgender and gender diverse individuals: a cross-sectional analysis using UK primary care data. *Br J Gen Pract*, 73(732):e486-e492.
- Budge S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy*, p. 287–297.
- Burgwal A., G. N. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence : a cross-sectional survey. *HEALTHCARE*, 9(8).
- Cardano M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Il Mulino.
- Chen D, H. M. (2016). Multidisciplinary Care for Gender-Diverse Youth: A Narrative Review and Unique Model of Gender-Affirming Care. *Transgend Health*, Jul 1;1(1):117-123.
- Childress J.F., C. M. (2020). What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? . *AMA J Ethics*, 22:E423–E429.

- Childress JF, C. M. (2020). What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? *AMA J Ethics*, 1;22(5):E423-429.
- Ching BCF, C. A. (2021). Facilitation of sexual and gender identity disclosure and improved healthcare for LGBTQ+ patients: current processes, shortcomings, and recommendations for change. *The British Student Doctor Journa*.
- Cicero E.C., R. S. (2019). Healthcare experiences of transgender adults: An integrated mixed research literature review. *ANS Adv. Nurs. Sci.*, 42:123.
- Cicero EC, R. S. (2019). Health Care Experiences of Transgender Adults: An Integrated Mixed Research Literature Review. *ANS Adv Nurs Sci*, Jun;42(2):123-138.
- Coleman E., R. A. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int. J. of Transgender Health*, (Sup1):S1–259.
- Corte cost. sent., n. 180, n. 180 (Corte costituzionale luglio 2017, 2017).
- Corte cost. sent., n. 221, 221 (Corte costituzionale luglio 29, 2015).
- Couturier J., P. B. (2015). Anorexia nervosa and gender dysphoria in two adolescents. *Int J Eat Disord*, 48(1):151-5.
- Crapanzano A, M. L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Riv Psichiatr.*, 57(1):44-54.
- Crapanzano A., C. B. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato [Approaches to people with gender dysphoria: from the Italian psychiatric model to the emergent model based on informed con. *Riv Psichiatr.*, Jan-Feb;56(2):120-128.
- de Blok C.J., W. C. (2021). Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *Lancet Diabetes Endocrinol*, Oct;9(10):663-670.
- Dhejne C., V. V. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*, 28(1):44-57.
- Diamond M., D. (2013). Transsexuality Among Twins: Identity Concordance, Transition, Rearing, and Orientation. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24–38.
- Doyle D.M., L. T. (2023). A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. *Nat Hum Behav*, 7, 1320–1331.

- Ehrensaft D. (2017). Gender nonconforming youth: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 8. 57-67.
- Elliott M.N., K. D. (2015). Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med.*
- Eracleous H., D. S. (2009). The gender identity development service: Examples of multi-agency working. *Clinical Psychology Forum*, 46-50.
- European Union. (2017). *Health4LGBTI project: State-of-the-Art Synthesis Report (SSR)*.
- Expósito-Campos P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280.
- Fiorilli O, R. A. (2019). Psychosocial issues in transgender health and barriers to healthcare. *Ital J Gender-Specific Med.*
- Fish J., W. I. (2018). Exploring lesbian, gay and bisexual patients' accounts of their experiences of cancer care in the UK. *Eur J Cancer Care (Engl.*
- Fisher A.D., M. M. (2024). Estimate and needs of the transgender adult population: the SPoT study. *J Endocrinol Invest.*, Jun;47(6):1373-1383.
- Frost DM, M. I. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Curr Opin Psychol.*
- Fulton R., A. S. (1992). The Amerindian "Man-Woman": Gender, Liminality, and Cultural Continuity. *Current Anthropology*, 33(5), 603–610.
- Fulton R., A. S. (1992). The Amerindian" man-woman": gender, liminality, and cultural continuity. *Current Anthropology*, 33(5), 603-610.
- Gamson, J. (1995). Must Identity Movements Self-Destruct? A Queer Dilemma. *Social Problems*.
- Gazzetta Ufficiale. (1982, aprile 14 ). Lg. 164/1982. *Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.*
- Gazzetta Ufficiale. (2020, settembre 30). Determina n. 104273/2020. *Inserimento dei medicinali estradiolo, estradiolo emiandrato, estradiolo valerato, ciproterone acetato, spironolattone, leuprolide acetato e triptorelina nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della .*
- Giovanardi G, F. A. (2020). Gender Diverse Children and Adolescents in Italy: A Qualitative Study on Specialized Centers' Model of Care and Network. *Int J Environ Res Public Health*, 19;17(24):9536.
- Giovanardi G., M. P. (2019). Transition memories: Experiences of trans adult women with hormone therapy and their beliefs on the usage of hormone blockers to suppress puberty. *J. Endocrinol. Investigig*, 42:1231–1240.

- Graglia M. (2022). *Le differenze di sesso, genere, orientamento*. Roma: Carocci editore.
- Guss C.E., W. D.-W. (2017). Disordered Weight Management Behaviors, Nonprescription Steroid Use, and Weight Perception in Transgender Youth. *J Adolesc Health*, 17-22.
- Hallencreutz, J. a. (2011). Exploring organizational change best practice: are there any clear-cut models and definitions? *International Journal of Quality and Service Sciences*, ol. 3 No. 1, pp. 60-68.
- Hatzenbuehler M. L. (2009). How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psychol Bull*, 135(5): 707-730.
- Hatzenbuehler, M. L. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*.
- Helms M.M., N. J. (2010). Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, Vol. 3 No. 3, pp. 215-251.
- Hobster K., M. J. (2020). Transgender patients' experiences of health care. *Br J Nurs*, 10;29(22):1348-1353.
- <https://www.infotrans.it/>. (s.d.).
- Hudson K. D., & B.-M. (2022). Nonclinical best practices for creating LGBTQ-inclusive care environments: A scoping review of gray literature. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 35(2), 218–240.
- ILGA-Europe. (2023). *Rainbow Report*.
- Institute of Medicine, I. (2011). *The Health of Lesbian Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington dc: The National Academies Press.
- Ipsos LGBT+ Pride Report. (2023). *A 30-Country Ipsos Global Advisor Survey*. Ipsos.
- Istituto Superiore di Sanità e Ufficio Nazionale Anti Discriminazioni Razziali. (2021, 11 18). *Infotrans*. Tratto da Infotrans: <https://www.infotrans.it/>
- Jackson S.S., B. J. (2023). Analysis of Mortality Among Transgender and Gender Diverse Adults in England. *JAMA Netw Open*, 6(1):e2253687.
- Kaltiala R., H. M. (2024). Discontinuing hormonal gender reassignment: a nationwide register study. *BMC Psychiatry*, 24, 566.
- Karasic DH, F. L. (2018). Multidisciplinary Care and the Standards of Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Clin Plast Surg*, Jul;45(3):295-299.

- Kattari SK, W. N. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Soc Work Health Care, Sep*;55(8):635-50.
- Kharlamov A., S. N. (2024). Tackling cardiovascular healthcare disparities for the LGBTQIA+ population: a call to action. *European Heart Journal, Volume 45, Issue 15, Pages 1291–1294*.
- Kia H., M. K. (2021). Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Social Science & Medicine*.
- Kimber B., O. M. (2024). The impact of microaggressions on the mental health of trans and gender-diverse people: A scoping review. *International Journal of Transgender Health*, 1–21.
- Leeftink A. G., B. I. (2018). Multi-disciplinary planning in health care: a review. *Health Systems*, 9(2), 95–118.
- Lingiardi V., N. N. (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi V., N. N. (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Littman L., O. S. (2024). Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. *Arch Sex Behav*, 53, 57–76.
- Lloren A., P. L. (2017). How LGBT-Supportive Workplace Policies Shape the Experience of Lesbian, Gay Men, and Bisexual Employees. *Sex Res Soc Policy*.
- Mains-Mason J.B., U. E. (2022). Knowledge retention and clinical skills acquisition in sexual and gender minority health curricula: a systematic review. *Acad Med*.
- Malta M. (2023). LGBTQ+ health: tackling potential health-care professionals' bias. *Nat Rev Dis Primers*, 9, 1.
- Maslach C, L. M. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2):103-11.
- McDermott E., N. R. (2021). The Politics of LGBT+ Health Inequality: Conclusions from a UK Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*.
- McNeill S.G., M. J. (2023). Interactions between health professionals and lesbian, gay and bisexual patients in healthcare settings: a systematic review. *J Homosex*.

- Meyer I. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressor . In M. I. M., *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (p. pp. 242-267). New York: Springer.
- Meyer IH. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychol Bull*.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence in Psychological Bulletin. 129 (5), pp. 674-697.
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213.
- Mezzalira S., S. C. (2023). Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1):785.
- Mikulak M., R. S. (2021). Health professionals' identified barriers to trans health care: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract*, 25;71(713).
- Ministero della Salute. (2019, maggio 6). Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere (in attuazione dell'articolo 3,comma 1, Legge 3/2018). Roma.
- Ministero Pari opportunità, U. (2022). STRATEGIA NAZIONALE LGBT+ 2022 – 2025 per la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere.
- Mirabella M, P. I. (2022). Gender Identity and Non-Binary Presentations in Adolescents Attending Two Specialized Services in Italy. *J Sex Med*, 19(6):1035-1048.
- Mitchell L.A., J. C. (2023). (In)visibility of LGBTQIA+ people and relationships in healthcare: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, Volume 114.
- Montz B. (2021). Acronyms Explained. OutRight Action International. <https://outrightinternational.org/content/acronyms-explained>.
- Moreno, A. L. (2017). Changing the Culture of Neurodisability through Language and Sensitivity of Providers: Creating a Safe Place for LGBTQIA+ People. *NeuroRehabilitation*, vol. 41, no. 2, pp. 375-393.

- Morris M., C. R. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Med Educ*, 19, 325.
- Morris M., C. R.-J. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Med Educ.*, Aug 30;19(1):325.
- Mortari L., M. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mulé N.J., R. L. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *Int J Equity Health*, 8, 18.
- Murphy M., R. B. (2023). Implementing Gender-Affirming Care in Correctional Settings: A Review of Key Barriers and Action Steps for Change. *J. Correct. Health Care*, 29:3–11.
- National Institute on Minority Health and Health Disparities. (2022). *Mental health risks higher for LGBTQ people*. Bethesda: Department of Health and Human Services.
- Newman, L. (2002). Sex, gender and culture: Issues in the definition, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*, 7(3), 352-359.
- Nieder T.O., R.-A. H. (2011). Tertium non datur—Either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: The situation past and present, and its relevance to the future. *Psychol. Sex*, 2:224–243.
- Noar A.P., J. H. (2023). The aims and effectiveness of communities of practice in healthcare: A systematic review. *PLoS One*.
- Nolsoe E. (2021). International Survey: how supportive would Britons be of a family member coming out? <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2021/08/31>.
- ONIG. (2023). *Linee guida per la salute delle persone transgender e non binarie*. Tratto da <https://onig.it/linee-guida>
- O'Shea J, J. R. (2024). Prevalence, severity and risk factors for mental disorders among sexual and gender minority young people: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Pennant M., B. S. (2009). Improving lesbian, gay and bisexual healthcare: a systematic review of qualitative literature from the UK. *Diversity in Health and Care*, 6(3), 193-203.
- Phillips C. (2021). How covid-19 has exacerbated LGBTQ+ health inequalities. *BMJ*, 372 :m4828.

- Powell BJ, W. T. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci.*, 10:21.
- Puckett J.A., C. P. (2018). Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Sex. Res. Soc. Policy*, 15:48–59.
- Puckett J.A., M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Fam Psychol.*, Dec;33(8):954-964.
- Rapisarda F. (2024). *Trans-formazione: l'essere e il divenire delle persone transgender*. Milano: FrancoAngeli.
- Reed G.M., D. J. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3): 205-221.
- Reisner SL, P. T. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, Jul 23;388(10042):412-436.
- Roberson Q., R. E. (2024). LGBTQ Systems: A Framework and Future Research Agenda. *Journal of Management*.
- Romanelli M., H. K. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Am J Orthopsychiatry*, 87(6):714-728.
- Ronco D. (2023). *Diritti LGBTQI+ in carcere: la difficile affermazione dell'identità di genere tra norme, pratiche e spazi del penitenziario*. Roma: Associazione Antigone.
- Rosa, E. D. (2022). Intersectionality and LGBT+ Discrimination: Paradigms, Concepts and Indicators .
- Ross M.B., J. H. (2023). Voices from a Multidisciplinary Healthcare Center: Understanding Barriers in Gender-Affirming Care-A Qualitative Exploration. *Int J Environ Res Public Health*, Jul 15;20(14):6367.
- Russell S. T., & J. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annu Rev Clin Psychol*, 12: 465–487.
- Sartorelli E. (2023). La “fragile” depatologizzazione delle persone transgender. *Ric&Pra*, 39(1):28-29.
- Schulz S. L. (2018). The informed consent model of transgender care: An alternative to the diagnosis of gender dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 72–92.
- Servizio Sanitario della Toscana. (2012). *Pazienti non previsti: Atteggiamento del personale sanitario, verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e*

- transessuale (LGBT).* <https://www.regione.toscana.it/-/pazienti-non-previsti-in-ospedale>.
- Sharek D., M. E. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 230-240.
- Sinsky C.A., B. H. (2021). Standardization vs Customization: Finding the Right Balance. *Ann. Fam. Med.*, 19:171–177.
- Smiley et Burgwal, A. &. (2017). Overdiagnosed but Underserved. Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: Trans Health Survey. *TGEU*.
- Smith, A. (2015). *Conquest: sexual violence and American Indian genocide*. Duke University Press.
- Sorathiya R., B. A. (2023). Study of knowledge, attitude, and perception toward LGBTQ people amongst medical students. *Ind Psychiatry J.*, Nov;32(Suppl 1):S54-S58.
- Sorbara J.C., C. L. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, 146(4).
- Spanos C., G. J. (2021). The Informed Consent Model of Care for Accessing Gender-Affirming Hormone Therapy Is Associated With High Patient Satisfaction. *J Sex Med*, Jan;18(1):201-208.
- Thorne N., Y. A. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary - A systematic review. *Int J Transgend*, 18;20(2-3):138-154.
- Tordoff D.M., W. J.-B. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*, 5(2).
- Tran N.K., L. M. (2023). Prevalence of 12 Common Health Conditions in Sexual and Gender Minority Participants in the All of Us Research Program. *JAMA Netw Open*.
- Turban JL, L. S. (2021). Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*, 8(4):273-280.
- Twist J., d. G. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 24(2):277-290.
- UNAR, I. e. (2020). IL DIVERSITY MANAGEMENT PER LE DIVERSITÀ LGBT+ E LE AZIONI PER RENDERE GLI AMBIENTI DI LAVORO PIÙ INCLUSIVI.

- Ussher J.M., P. J. (2022). Attitudes, knowledge and practice behaviours of oncology health care professionals towards lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex (LGBTQI) patients and their carers: A mixed-methods study. *Patient Educ Couns.*
- Utamsingh P., R. L. (2016). Heteronormativity and practitioner-patient interaction. *Health Communication*, 31(5), 566-574.
- van Beers, J. J. (2022). Effective hospital-wide lean implementation: Top-down, bottom-up or through co-creative role modeling? . *International Journal of Lean Six Sigma*, 13(1), 46-66.
- van der Star, A. B. (2015). Acceptance of sexual minorities, discrimination, social capital and health and well-being: a cross-European study among members of same-sex and opposite-sex couples. *Public Health*, 15, 812.
- van Leerdam TR, Z. J. (2023). The Effect of Gender-Affirming Hormones on Gender Dysphoria, Quality of Life, and Psychological Functioning in Transgender Individuals: A Systematic Review. *Transgend Health*, 8;8(1):6-21.
- Vicarelli G., P. E. (2015). Health workforce governance in Italy. *Health Policy*, 119:1606–1612.
- von Doussa, H. P. (2017). Family matters: transgender and gender diverse peoples' experience with family when they transition. *Journal of Family Studies*, 26(2), 272–285.
- Wiegand T. (2021). Barred from transition: The impact of gatekeeping on transgender narratives. *Intersect: The Stanford Journal of Science, Technology, and Society*, 15(1).
- Wilchins A. (2002). Queer bodies. In H. C. Nestle j., *GenderQueer: Voices from Beyond the Sexual Binary* (p. 33-47). Los Angeles: Alyson Books.
- Wilkerson J. M., R. S. (2011). Creating a Culturally Competent Clinical Environment for LGBT Patients. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*.
- Willis P., D. C. (2020). Reluctant educators and self-advocates: Older trans adults' experiences of health-care services and practitioners in seeking gender-affirming services. *Health Expect.*
- World Health Organisation. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Geneva : World Health Organisation.
- World Health Organization. (1990). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision)*. Ginevra.
- World Health Organization. (s.d.). *Gender incongruence and transgender health in the ICD*. Tratto da <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>

- Wu C.A., K. A. (2023). Moving Beyond Psychiatric Gatekeeping for Gender-Affirming Surgery. *JAMA Surg*, 158(3):231–232.
- Yu H., F. D. (2023). LGBTQ + cultural competency training for health professionals: a systematic review. *BMC Med Educ*.
- Zeeman L. et al., S. N.-L.-S. (2019). Health4LGBTI Network , A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health, Volume 29, Issue 5*, Pages 974–980.
- Zucker, A. ,. (2023). Understanding and Addressing LGBTQ Health Disparities: A Power and Gender Perspective. In E. C. Zurbriggen, *The Palgrave Handbook of Power, Gender, and Psychology* (p. Pages 397-417). Palgrave Macmillan Cham.

## 6. Allegati

### Allegato 1 : Glossario

Glossario estratto e riformulato da “GLOSSARIO DEI TERMINI RELATIVI ALLE IDENTITÀ E TENDENZE DI GENERE OGGI PARTICOLARMENTE UTILIZZATI E DIFFUSI” a cura di Fulvio Frati in Appendice al libro “Transformazioni: l’essere e il divenire delle persone transgender” (Rapisarda F., 2024).

Termine	Definizione
Agender	<p>persona che non si identifica in nessun genere: né maschile, né femminile, né neutro, né di ogni altro tipo. Letteralmente, infatti, questo termine significa "senza genere". Secondo alcuni Autori, le persone che si definiscono come "Agenders" possono essere incluse tra coloro che presentano una identità di genere "non binaria" (vedi). Altri Autori invece (e questa appare oggi come la posizione maggiormente seguita) ritengono che ciò non sia del tutto corretto, in quanto la maggior parte delle persone "Agenders" sembra rifiutare l'applicabilità a se stesse dello stesso concetto di "identità di genere" sostenendo il proprio completo superamento e richiedono invece di essere considerate unicamente come "persone", senza alcun tipo di identità di genere (né "binaria" né "non binaria") al quale potere essere riferite.</p>
AFAB	<p>acronimo che, in lingua inglese, designa ogni persona Assigned Female At Birth, cioè "Femminile assegnata alla nascita". Esso include pertanto, nella realtà concreta, donne cisgender, uomini transgender e persone non binarie assegnate femmina alla nascita.</p>
Affermazione di genere	<p>percorso attraverso il quale una persona che non si riconosce nel proprio "Sesso assegnato alla nascita" (vedi) persegue e richiede di ottenere il riconoscimento di un'identità di genere differente da esso. Questa nuova identità di genere non deve necessariamente fare riferimento ad una visione conforme al tradizionale "binarismo di genere" (vedi), ma anzi può rispondere ai criteri che definiscono la cosiddetta "fluidità di genere" (vedi) oppure anche, ad esempio, superarle (e quindi escludere entrambe). Proprio in coerenza con una visione dell'identità di genere fluida e "non binaria" (come espresso nel capitolo 2 di questo Manuale), si ritiene pertanto che sia più congruo utilizzare il termine di "affermazione di genere" rispetto a quello di "transizione di genere", dal momento che la persona può scegliere, nella sua</p>

	evoluzione, non soltanto se essere uomo o donna, ma anche identità di genere che comprendono o fondono elementi di altri generi (ad esempio "poligender", "demiboy", "demigirl" e simili) oppure di non appartenere ad alcun genere in particolare (essere cioè un "agender") oppure ancora di avere uno o più generi che cambiano nel tempo (Coleman E, 2022)
AMAB	acronimo che, nella lingua inglese, designa ogni persona <i>Assigned Male At Birth</i> , cioè "Maschio assegnato alla nascita". Esso include pertanto, nella realtà concreta, uomini cisgender, donne transgender e persone non binarie assegnate maschio alla nascita.
Asessuale	persona che presenta abitualmente una totale, o quantomeno una quasi completa, mancanza di attrazione fisica verso gli altri, con conseguente mancanza di significative inclinazioni verso ogni tipo di attività sessuale.
Binarismo di genere	classificazione del genere in due categorie ben distinte, attualmente "ragazzo/uomo" e "ragazza/donna".
Bisessuale	termine "ombrello" (vale a dire "generico") che viene utilizzato in senso ampio per indicare un soggetto, di qualunque genere, che prova attrazione sessuale verso individui di entrambi i sessi ed, eventualmente, anche di varie identità di genere.
Chirurgia affermativa del genere	processo costituito da una o più operazioni chirurgiche che intervengono sulle caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie con l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere.
Cisgender	termine che descrive le persone in cui il sesso assegnato alla nascita si allinea sia con la propria identità di genere che con la propria espressione di genere.
Cisgenderismo	orientamento sessuale, solitamente il più frequente tra la popolazione generale, che, in un'ottica fondata sul cosiddetto "binarismo di genere" (vedi), descrive le persone in cui il sesso assegnato alla nascita si allinea sia con la propria identità di genere che con la propria espressione di genere.
Coming out	espressione inglese, abitualmente usata anche nella lingua italiana, per indicare soprattutto la decisione di dichiarare apertamente il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere. Non va confuso con <i>outing</i> (vedi).
De-transizione di genere	si definisce "de-transizione di genere" il percorso che porta un individuo a smettere di vivere secondo l'identità ed il ruolo di genere acquisiti attraverso la propria precedente "Transizione di genere" (vedi), per tornare a vivere nel genere in cui nuovamente si identifica e che coincide nella sostanza con il "sesso assegnato alla nascita" (vedi) che precedeva la transizione.

Disforia di genere	un disagio clinicamente significativo, oppure una compromissione correlata all'incongruenza di genere, che può includere il desiderio di cambiare le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie, e che viene definito nel DSM-5-TR come derivato da una marcata incongruenza tra il genere vissuto/espresso ed il genere assegnato della durata di almeno 6 mesi caratterizzata dalla presenza di specifici sintomi. Non tutte le persone transgender o di genere diverso soffrono di disforia di genere.
Espressione di genere	la manifestazione esteriore del genere di una persona, che può ma non necessariamente deve riflettere la sua identità di genere interiore, e che riguarda sostanzialmente il modo in cui essa si presenta al mondo relativamente al proprio genere sulla base delle aspettative sociali tradizionali. L'espressione di genere di una persona non è quindi sempre sovrapponibile alla identità di genere che essa realmente presenta; essa rappresenta invece il modo in cui una persona presenta se stessa, i vestiti che indossa, gli accessori, l'acconciatura, l'eventuale cosmesi, i modelli di voce/discorso, le modalità conversazionali e le sue caratteristiche fisiche.
Eterosessualità	orientamento sessuale, solitamente il più frequente tra la popolazione generale, che, in un'ottica fondata sul cosiddetto "binarismo di genere" (vedi), è caratterizzato dall'attrazione sessuale verso persone del sesso opposto.
Fluidità di genere	termine "ombrello" utilizzato per indicare una persona il cui genere non è né chiaramente di tipo maschile né di tipo femminile, e che può pertanto identificarsi (sia alternativamente che simultaneamente) sia come maschio, sia come femmina, sia come qualsiasi altro genere ulteriore da essa stessa indicato.
Gay	termine di origine statunitense (anni '20 circa), parziale sinonimo del termine italiano "omosessuale". A differenza di quest'ultimo, che si applica sia a maschi che a femmine, il termine "gay" viene utilizzato pressoché esclusivamente per i maschi mentre per le femmine omosessuali si usa solitamente, nella lingua italiana, il termine "lesbica" (vedi).
Gender (o genere)	caratteristica individuale delle persone variamente correlata, in misura peraltro estremamente differente da soggetto a soggetto, agli aspetti anatomici e biologici delle loro caratteristiche sessuali primarie e secondarie. Nella lingua italiana, come suo sinonimo, si usa principalmente il termine "genere", anche se tra i due termini esistono, nelle rispettive lingue originali, alcune differenze di sfumature tra i rispettivi significati che le rendono non completamente, ma solo parzialmente, sovrapponibili.

Gender non conforming	termine "ombrello", vale a dire generico, che ricomprende molte sfumature e possibilità riguardanti l'identità di genere di una persona, e che descrive quindi soggetti con identità e/o espressioni di genere non rigidamente definite. Esso include anche persone che si identificano come appartenenti – simultaneamente e/o alternativamente – a più generi oppure anche senza genere. In italiano viene generalmente tradotto con le espressioni "Genere diverso", "Genere non conforme", "Non-conformità di genere" o altre analoghe.
Gender questioning	condizione personale di chi si sta ancora interrogando rispetto alla propria identità di genere e che quindi non vuole, o non è ancora in grado di, definirla. Spesso questa condizione viene definita anche con l'utilizzo del solo termine <i>questioning</i> (vedi).
Identità di genere	il senso psicologico soggettivo del proprio genere che una persona presenta, vale a dire il sentimento interiore di una persona di essere una ragazza/donna, un ragazzo/uomo, una combinazione di entrambi o qualcos'altro, incluso il non avere alcun genere. Quest'ultimo può corrispondere, oppure non corrispondere, al sesso assegnato alla nascita.
Identità sessuale	concetto che comprende l'insieme individuale complessivo delle dimensioni individuali e soggettive del percepirci come persone sessuate. Essa è oggi considerata come un costrutto multidimensionale composto da quattro componenti distinte: il sesso, l'identità di genere, il genere e l'orientamento sessuale (vedi).
Intersexuale	persona che presenta caratteri sessuali primari e/o secondari non chiaramente ascrivibili unicamente al genere maschile o al genere femminile. Questa caratteristica rappresenta una variabile individuale sostanzialmente indipendente dall'orientamento sessuale (vedi); infatti la persona intersessuale può essere eterosessuale, omosessuale, bisessuale, pansessuale, queer (vedi) o di qualsiasi altro orientamento, sia in modo stabile sia cambiando o alternando nel tempo i propri gusti e le proprie modalità di comportamento in tale ambito.
Intersessualità	termine "ombrello", quindi molto vasto, attualmente usato per indicare specificatamente quelle persone che presentano caratteri sessuali primari e/o secondari non definibili né come prettamente maschili né come specificatamente femminili.
Lesbica	donna omosessuale.
LGBT	acronimo utilizzato nella lingua italiana sin dagli anni 1990, formato dalle iniziali delle parole "Lesbica", "Gay", "Bisessuale" e "Transgender", per indicare le persone con un orientamento sessuale e/o un'identità di genere

	<p>differente da quello manifestamente espresso dalla maggioranza della popolazione. Esso ha sostituito il precedente acronimo “LGB”, usato per indicare la medesima comunità sin dagli anni ottanta, ed è stato a sua volta successivamente sostituito, all’interno dalla maggior parte dei centri sociali e media basati su sessualità e identità di genere, da vari altri acronimi quali, ad esempio, “LGBTQ”, “LGBTQI” ed altri ancora. Attualmente, per ragioni di brevità di scrittura, si tende ad usare soprattutto, nella lingua italiana, la sigla “LGBT+”, oppure il più completo acronimo “LGBTQIA+”.</p>
LGBTQ	acronimo utilizzato in Italia, a partire soprattutto dagli anni ’90, formato dalle iniziali delle parole “Lesbica”, “Gay”, “Bisessuale”, “Transgender” e “Queer” (vedi).
LGBTQI	acronimo utilizzato in Italia, a partire soprattutto dalla fine degli anni ’90, formato dalle iniziali delle parole “Lesbica”, “Gay”, “Bisessuale”, “Transgender”, “Queer” e “Intersessuale”.
LGBTQIA	acronimo utilizzato in Italia, a partire soprattutto dalla fine degli anni ’90, formato dalle iniziali delle parole “Lesbica”, “Gay”, “Bisessuale”, “Transgender”, “Queer”, “Intersessuale” ed “Asessuale”. Spesso tale acronimo è seguito dal simbolo “+”, per comprendere anche tutte le persone con un orientamento sessuale e/o identità di genere ancora differente da quello manifestamente espresso della maggioranza della popolazione.
LGBT+	acronimo, attualmente utilizzato in Italia, formato dalle iniziali delle parole "Lesbica", "Gay", "Bisessuale", "Transgender" e dal simbolo +, e che quindi indica tutte le persone con un orientamento sessuale e/o un’identità di genere differente da quello manifestamente espresso dalla maggioranza della popolazione.
Minoranze di genere	gruppi sociali ai quali appartengono persone che, diversamente dalla maggioranza della popolazione, manifestano un orientamento di genere <i>non cisgender</i> oppure, più semplicemente, dal punto di vista sessuale presentano un’identità fluida che non consente loro di identificarsi in tale maggioranza.
Minority stress	condizione di elevato livello di stress cronico presentato affrontati dai membri di gruppi di minoranza stigmatizzati. Può essere causato da una vasta gamma di fattori, tra i quali – ad esempio – un basso status socioeconomico, deficit o handicap psichici o fisici, appartenenza a minoranze etniche o a minoranze religiose; spesso interessa inoltre persone di orientamento o identità di genere di tipo omosessuale, non binario o <i>non conforming</i> (vedi), vale a dire le cosiddette <i>minoranze di genere</i> (vedi).

Non binario	un termine usato per definire le persone la cui identità di genere non è né ragazza/donna né ragazzo/uomo.
Non conforming	si veda la voce <i>Gender non conforming</i> in questo stesso glossario.
Omobitrofobia	l' <i>omobitrofobia</i> è l'avversione irrazionale, basata sul pregiudizio, nei confronti dell'omosessualità, della bisessualità e della transessualità, e quindi verso le persone omosessuali, bisessuali e transessuali. L'Unione Europea, nei suoi documenti ufficiali, la considera analoga ad altri atteggiamenti e comportamenti discriminatori quali ad esempio il razzismo, la xenofobia, l'antisemitismo ed il sessismo.
Omosessualità	termine che descrive i tipi di individui verso i quali una persona ha attrazione.
Omotrofobia	pratica di rendere pubblico l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona senza consenso.
Orientamento sessuale	termine che descrive i tipi di individui verso i quali una persona ha attrazione emotiva, fisica o entrambe. Ogni essere umano può infatti, ad esempio, essere attratto soltanto o quasi esclusivamente da persone del sesso opposto al proprio (e viene pertanto definita in tal caso come <i>eterosessuale</i> ), ma può anche essere attratto solamente o quasi esclusivamente verso persone del proprio stesso sesso, ed è quindi <i>omosessuale</i> (si parla pertanto, in questi casi, di <i>maschi gay</i> o di <i>donne lesbiche</i> ). Inoltre una persona può manifestare attrazione (sia alternativamente che contemporaneamente) anche verso persone di entrambi i generi (ed in tal caso viene definita con il termine di <i>bisessuale</i> ), verso nessuna persona di alcun genere (e viene allora definita come <i>asessuale</i> ) oppure verso qualunque altro tipo di persona anche di genere non definito (ed in tal caso si usa di solito, per definirla, il termine <i>panessuale</i> ). L'orientamento sessuale di una persona denota quindi l'attrazione sessuale verso un altro genere specifico (nel qual caso si parla di <i>omosessualità</i> oppure di <i>eterosessualità</i> ), verso altri generi (nel qual caso si parla in genere di <i>bisessualità</i> ) oppure, eventualmente, la mancanza di attrazione sessuale verso qualunque altro genere, inclinazione che viene in genere indicata con il termine di <i>asessualità</i> . La corretta comprensione ed utilizzazione di questi tre termini, che possono tutti essere attribuiti anche alla medesima persona in differenti fasi della sua vita, appare particolarmente importante, se non addirittura imprescindibile per tutti i percorsi di supporto psicologico o di psicoterapia che riguardano persone che presentino difficoltà di accettazione personale, familiare o sociale nel

	corso dello sviluppo del loro orientamento sessuale, e risulta spesso addirittura determinante per l'effettiva realizzazione di una corretta attività di accompagnamento e di sostegno a chi sta affrontando processi individuali di sviluppo di un'identità transgender.
Outing	la parola inglese <i>outing</i> indica, nella lingua italiana, la pratica di rendere pubblico l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona in assenza del suo consenso. Si differenzia pertanto in modo netto dal cosiddetto <i>coming out</i> (vedi), che invece indica un atto volontario di rivelazione in prima persona del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere. Inoltre, il termine <i>outing</i> viene spesso usato anche in un'accezione di genere più ampia rispetto alla sfera delle abitudini e delle inclinazioni sessuali, attraverso il rendere pubblico un fatto personale di qualcuno che vorrebbe invece mantenerlo segreto.
Queer	si tratta di un termine generico oggi utilizzato soprattutto per indicare le persone che, dal punto di vista sessuale, sicuramente non sono né <i>eterosessuali</i> né <i>cisgender</i> , ma comunque non sono esattamente classificabili, relativamente alla propria identità di genere o al proprio orientamento sessuale, all'interno di alcuna categoria specifica. Ciò, ad esempio, perché non si sentono rappresentate da alcuna di esse (a causa della permanenza per loro, al riguardo, di una certa <i>fluidità</i> ) oppure, più semplicemente, perché non vogliono, o non si sentono di, precisarla.
Questioning	espressione riferita alle persone la cui identità di genere non solo non si allinea al sesso assegnato alla nascita, ma anche che ancora stanno esplorando la propria identità di genere o si stanno interrogando rispetto ad essa.
Riaffermazione del genere	percorso personale che conduce una persona a smettere di vivere secondo un'identità ed un ruolo di genere acquisiti attraverso la propria precedente "transizione di genere" (vedi), per assumere un nuovo ruolo ed una nuova identità di genere che non necessariamente coincidono con il proprio "genere assegnato alla nascita" (che di solito è oggi quello maschile oppure quello femminile). Tale processo è quindi decisamente differente da quello rappresentato dalle solo apparentemente analoghe espressioni di "de-transizione di genere" (vedi), che invece non prevedono, nel proprio

	rispettivo significato, anche la possibilità di un'identità di genere "non binaria" o comunque, diversa da quella che precedeva la transizione (possibilità che invece è assunta all'interno dell'espressione "Riaffermazione del genere").
Ritransizione di genere	percorso personale che conduce una persona a smettere di vivere secondo un ruolo di genere acquisito attraverso la propria precedente "transizione di genere" (vedi), per tornare invece ad assumere il proprio "genere assegnato alla nascita" (che di solito è quello maschile o femminile). Essa è quindi sostanzialmente analoga alla cosiddetta "de-transizione di genere" (vedi), mentre si distingue decisamente dalla "riaffermazione del genere" (vedi) che invece prevede, nel proprio significato specifico, anche la possibilità di un'identità di genere "non binaria" o comunque, diversa da quella che precedeva la transizione.
Sesso	insieme delle caratteristiche anatomiche e biologiche delle caratteristiche sessuali primarie e secondarie presentate da una persona. Il termine "sesso" include le caratteristiche strutturali, fisiologiche e funzionali degli individui, determinate dai cromosomi sessuali, sottintendendo dunque una divisione dicotomico-organica del tipo maschio/femmina; "genere" viene invece a riferirsi al modo in cui una persona può auto-rappresentarsi come maschio o femmina. Il sesso, quindi, si riferisce alle caratteristiche biologiche di una persona. Nella maggior parte delle culture oggi, le persone sono categorizzate alla nascita come maschio o femmina, una designazione tipicamente basata sui genitali che possiedono (si veda al riguardo, ad esempio, West, Fenstermaier, 1995). Tuttavia, le persone cosiddette intersessuali possono presentare caratteristiche sessuali sia maschili che femminili, e molti bambini nati con genitali intersessuali vengono sottoposti a un intervento chirurgico per ricostruire genitali che siano invece inequivocabilmente interpretabili come maschili oppure come femminili (Chase, 1998; Fausto-Sterling, 1993).
Sesso assegnato alla nascita	Designazione anagrafica di una persona come "femmina", "maschio" (oppure, più raramente, come "interessuale"), effettuata in base all'anatomia (ad esempio, genitali esterni e/o organi riproduttivi interni) e/o ad altri fattori biologici (ad esempio i cromosomi sessuali). "Sesso" e "genere" sono spesso termini al riguardo usati in modo intercambiabile, ma in realtà sono entità distinte: pertanto sempre più indicato distinguere tra sesso, identità di genere ed espressione di genere, al fine di evitare rischiose supposizioni su di una di queste caratteristiche di una persona basandosi solo sulla conoscenza delle altre. Il sesso effettivamente assegnato alla nascita viene talvolta abbreviato con l'acronimo AMAB ("assegnato maschio alla

	nascita") oppure con AFAB ("assegnato femmina alla nascita").
Transfobia	la transfobia è quell'insieme di sentimenti di intolleranza o addirittura di odio rivolti verso le persone <i>transgender</i> , e si può manifestare anche con comportamenti che equivalgono a forme di violenza (soprattutto anche con comportamenti che equivalgono a forme di violenza fisica, sessuale o psicologica). Quando l'atteggiamento transfobico è rivolto verso sé stessi da parte di persone transgender si parla di <i>transfobia interiorizzata</i> .
Transgender	termine generico che descrive le persone in cui la propria identità di genere non si allinea con il sesso assegnato loro alla nascita, bensì con quello del sesso opposto. La parola <i>Transgender</i> è stata pertanto usata negli ultimi decenni come un termine "ombrello" (vale a dire "onnicomprensivo") riferito a persone la cui presentazione di genere è in contrasto con l'essere <i>cisgender</i> (vedi) e che è diversa dagli ideali per il sesso loro assegnato alla nascita da non poter essere incluso nelle nozioni tradizionali su cosa generalmente significhi essere maschio o femmina. Questo "termine ombrello" comprende solitamente al proprio interno identità più specifiche come gli uomini transgender (o FtM), le donne transgender (o MtF), le donne mascoline (in inglese spesso indicate come "Butch women") e i travestiti o crossdresser: si vedano ad esempio, al riguardo, Denny et al., 2007, oppure Feinberg, 1996. Recentemente, sia a livello italiano che internazionale, al termine <i>Transgender</i> appare però sempre maggiormente preferita l'espressione <i>Transgender e di Genere Diverso</i> (vedi), in Inglese <i>Transgender and gender-diverse</i> ed il cui acronimo, sia in italiano che in Inglese, è quindi "TGD".
Transgender e di Genere Diverso	(in Inglese: <i>Transgender and Gender-Diverse</i> ; acronimo: TGD): espressione sempre più utilizzata sia nella lingua italiana che a livello internazionale, spesso attraverso l'acronimo "TGD", per indicare le persone che stanno intraprendendo o hanno intrapreso un percorso di "Affermazione di genere" (vedi). La scelta di questa nuova espressione, in sostituzione del precedente termine <i>transgender</i> , appare motivata da varie considerazioni. Una delle principali di esse, secondo Rajkovic ed altri (2022), deriva dalla constatazione che, mentre il termine <i>transgender</i> è nato ed è stato adottato all'interno di una visione sostanzialmente riferita al cosiddetto "binarismo di genere" (vedi), i termini <i>Transgender e di Genere Diverso</i> , <i>Transgender and Gender-Diverse</i> e "TGD" non fanno più riferimento al tradizionale binarismo, ma assumono invece

	al proprio interno i criteri che definiscono la cosiddetta "fluidità di genere" (vedi) e, quindi, non si limitano a prevedere soltanto la dicotomia delle categorie "maschile" e "femminile", ma tendono invece a superarla (e quindi, se necessario, ad escluderle entrambe).
Transgenderismo	condizione individuale di chi, non riconoscendosi nel proprio <i>sesso assegnato alla nascita</i> (vedi), intraprende o anche solo decide di intraprendere un percorso di <i>Affermazione di Genere</i> (vedi).
Transizione di Genere	percorso di cambiamento individuale, personale, sociale, legale ed eventualmente medico finalizzato a vedere riconosciuta, accettata e libera di esprimersi la propria identità di genere (vedi). Tuttavia, al momento attuale, ai concetti di "transizione di genere" e di "de-transizione di genere" (vedi) o "ritransizione di genere" (vedi), si vanno generalmente sostituendo le locuzioni "affermazione di genere" e "riaffermazione del genere", in quanto diffusamente si ritiene che i primi tre si rifanno a una concezione dell'identità di genere sostanzialmente "binaria" e devono perciò essere abbandonati a favore degli ultimi due, che appaiono invece più aderenti a una concezione di "fluidità del genere" (vedi), molto più coerente con ciò che la realtà sociale di oggi, concretamente e sempre maggiormente, sembrerebbe in effetti mostrare.

## Allegato 2 :Metodi e materiali ricerca esplorativa

### MATERIALE E METODI

Questa ricerca ha adottato un disegno qualitativo di tipo fenomenologico esplorativo, caratterizzato dalla costruzione dei dati attraverso un processo iterativo e ricorsivo, ideale per facilitare la raccolta di narrazioni ricche e dettagliate. La scelta di questo approccio ha permesso di esplorare in profondità e con una prospettiva aperta le politiche, i fattori facilitanti e le barriere nelle organizzazioni coinvolte per le persone LGBTQ+.

La ricerca è stata suddivisa in due fasi. La prima fase ha coinvolto attori del contesto accademico (docenti e ricercatori), con l'obiettivo di ottenere una visione ampia e diversificata del tema. Sono stati esplorati vari aspetti, tra cui quelli filosofici, giuridici, psicologici, pedagogici, sociologici ed etici, per costruire una base teorica solida. Nella seconda fase, l'attenzione si è spostata sui professionisti sanitari con competenze cliniche e di management, per approfondire il tema attraverso le esperienze e le percezioni degli operatori.

Il reclutamento è stato di tipo teorico e successivamente a valanga (snowball sampling). Partendo da una lista di interlocutori privilegiati, sono stati coinvolti esperti accademici e professionisti del settore sanitario con o senza esperienze diretta sui temi della salute e dei diritti LGBTQ+ nell'ambito dell'Università e dell'Azienda Ospedaliera integrata di Verona. È stata effettuata una ricerca sui potenziali partecipanti e la selezione si è basata su criteri di competenza e rilevanza rispetto agli obiettivi della ricerca. I partecipanti iniziali hanno suggerito altri interlocutori rilevanti, permettendo un ampliamento progressivo del campione e una diversificazione delle prospettive.

Alcuni partecipanti hanno dichiarato spontaneamente la loro appartenenza alla comunità LGBTQ+.

Tra aprile e settembre 2024, sono state realizzate dodici interviste semi-strutturate, della durata media di 45 minuti, condotte in presenza o tramite videochiamata. Il numero di interviste ha raggiunto il punto di saturazione, dove ulteriori colloqui non aggiungevano nuovi elementi significativi. Le domande sono state progettate per bilanciare aspetti generali e specifici, esplorando il ruolo dell'interlocutore, l'esperienza sul tema e le barriere o facilitatori nell'inclusione LGBTQ+ in ambito organizzativo, con focus sull'ambito sanitario.

Oltre alle interviste, sono state raccolte note di osservazione sul campo per approfondire la comprensione del contesto. Tutti gli intervistati sono stati informati sugli obiettivi dello studio e hanno dato il consenso alla partecipazione, con la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento.

Le interviste sono state audio-registrate, trascritte e analizzate utilizzando un metodo di codifica aperta. L'analisi è stata ricorsiva e simultanea, con una fase di codifica tematica per identificare e categorizzare i temi emergenti. I dati sono stati analizzati con il software Atlas.ti, che ha facilitato la codifica e l'analisi tematica dei dati raccolti. I dati sono stati analizzati per rispondere alle tre domande di ricerca seguendo le linee

guida per l'analisi tematica riflessiva. Questo ha comportato la verifica delle trascrizioni rispetto ai file audio, la lettura dei dati nella loro interezza più volte e la presa di appunti, la creazione di 'codici' che catturassero aspetti interessanti dei dati in modo sistematico attraverso l'intero set di dati, l'accorpamento dei codici e degli estratti corrispondenti in temi iniziali, la verifica che i temi catturassero l'essenza degli estratti dei dati, il continuo affinamento e analisi di ciascun tema, e infine la produzione di un rapporto con esempi vividi tratti dagli estratti dei dati per ciascun tema. C' è stato poi un ulteriore affinamento dei codici e un raggruppamento in temi e sotto-temi cioè categorie generali che comprendono tutti i codici inclusi. Infine, il ricercatore principale ha verificato che i codici e i dati inclusi riflettessero ciascuno dei temi.

### Allegato 3 : Codifica

In questo allegato vengono presentate le tabelle con i principali temi e sottotemi emersi dalle interviste, utilizzati per analizzare i dati.

Le tabella forniscono una panoramica sintetica della codifica effettuata tramite Excel, riportando per ciascun tema le relative descrizioni.

Tema	Sottotema	Descrizione
Politiche Istituzionali e Cultura Organizzativa	Influenza del contesto politico e sociale	Le politiche pubbliche influenzano profondamente l'inclusione LGBTQ+ nelle organizzazioni sanitarie
	Assenza di politiche chiare e il 'Rainbow Washing'	Manca spesso una struttura chiara, con politiche considerate più simboliche che operative
	Strumenti istituzionali e la loro efficacia	Le linee guida e i protocolli sono spesso inefficaci o poco conosciuti
	Resistenze istituzionali e ostacoli burocratici	La burocrazia rallenta spesso l'implementazione delle politiche
	Ruolo della leadership	La leadership gioca un ruolo cruciale, ma c'è disconnessione tra dichiarazioni e azioni
Formazione e Pedagogia Sanitaria e Universitaria	Importanza della formazione degli operatori sanitari	La formazione è necessaria per superare le barriere culturali e istituzionali
	Formazione degli studenti e futuri operatori sanitari	Gli studenti devono essere sensibilizzati durante la formazione per un'assistenza inclusiva
	Ruolo della leadership educativa e sostegno istituzionale	Il supporto istituzionale per la leadership educativa è spesso carente
Esperienze, Atteggiamento e Linguaggio	Esperienze personali degli operatori sanitari LGBTQ+	Le esperienze personali degli operatori LGBTQ+ sono cruciali per comprendere le dinamiche di inclusione
	Ruolo del linguaggio nella creazione di un ambiente inclusivo	L'uso corretto del linguaggio e dei pronomi è essenziale per il rispetto e l'inclusione
	Educazione al linguaggio inclusivo	È necessaria una maggiore educazione al linguaggio inclusivo per garantire un ambiente accogliente
Intersezione con Violenza di Genere e	Intersezione con Violenza di Genere e Questioni di Genere	Le esperienze LGBTQ+ si intrecciano spesso con quelle di altre minoranze di genere

Questioni di Genere		
Buone Prassi	Creazione di ambienti dedicati per persone LGBTQ+	Servizi dedicati e ambulatori specializzati sono fondamentali per la comunità LGBTQ+
	Adeguamento degli spazi fisici	Gli spazi inclusivi come bagni gender-neutral sono essenziali per migliorare l'inclusione
	Simbologia e segnali di inclusione	Simboli di supporto visibili, come bandiere arcobaleno, inviano segnali chiari di inclusività
	Sottotema	Descrizione
	Riservatezza durante i percorsi di transizione di genere	La gestione della riservatezza durante i percorsi di transizione è una sfida importante
	Adeguamento degli spazi fisici e creazione di ambienti accoglienti per il personale transgender	È essenziale adattare gli spazi fisici, come spogliatoi e bagni gender-neutral
	Supporto per il personale in transizione di genere	Il supporto attivo del management è cruciale per il percorso di transizione del personale
	Politiche aziendali chiare e inclusive	Politiche chiare sono necessarie per garantire un ambiente di lavoro sicuro
	Formazione e cambiamento culturale	La formazione continua è necessaria per promuovere il cambiamento culturale e ridurre lo stigma

Figura 1: Analisi dei Temi e Sottotemi macrotema Utenti

Tema	Sottotema	Descrizione
Riservatezza e Privacy del Personale LGBTQ+	Riservatezza durante i percorsi di transizione di genere	La gestione della riservatezza durante i percorsi di transizione è una sfida importante
Ambiente di lavoro	Adeguamento degli spazi fisici e creazione di ambienti accoglienti per il personale transgender	È essenziale adattare gli spazi fisici, come spogliatoi e bagni gender-neutral
Diversity Management	Supporto per il personale in transizione di genere	Il supporto attivo del management è cruciale per il percorso di transizione del personale
	Politiche aziendali chiare e inclusive	Politiche chiare sono necessarie per garantire un ambiente di lavoro sicuro
	Formazione e cambiamento culturale	La formazione continua è necessaria per promuovere il cambiamento culturale e ridurre lo stigma

Figura 2: Analisi dei Temi e Sottotemi macrotema Personale LGBTQIA+

## Allegato 4 :Mappe concettuali codifica ricerca esplorativa

Le mappe presentano una suddivisione dei principali temi emersi dalle interviste condotte. Al centro di ciascuna mappa si trova il tema principale, "Utenti" o "Personale LGBTQ+", a seconda del macrotema analizzato. Da ogni nodo centrale si diramano i temi principali, ciascuno ulteriormente articolato in sottotemi specifici. Il numero tra parentesi accanto a ciascun nodo rappresenta la frequenza con cui quel tema o sottotema è stato citato dagli intervistati, fornendo un'indicazione della rilevanza e dell'importanza attribuita a ciascun argomento nel contesto delle interviste. Una successiva rappresentazione grafica evidenzia le connessioni generate nelle interviste fra i vari macrotemi, rendendo visibili le relazioni e le interazioni tra i temi emersi.

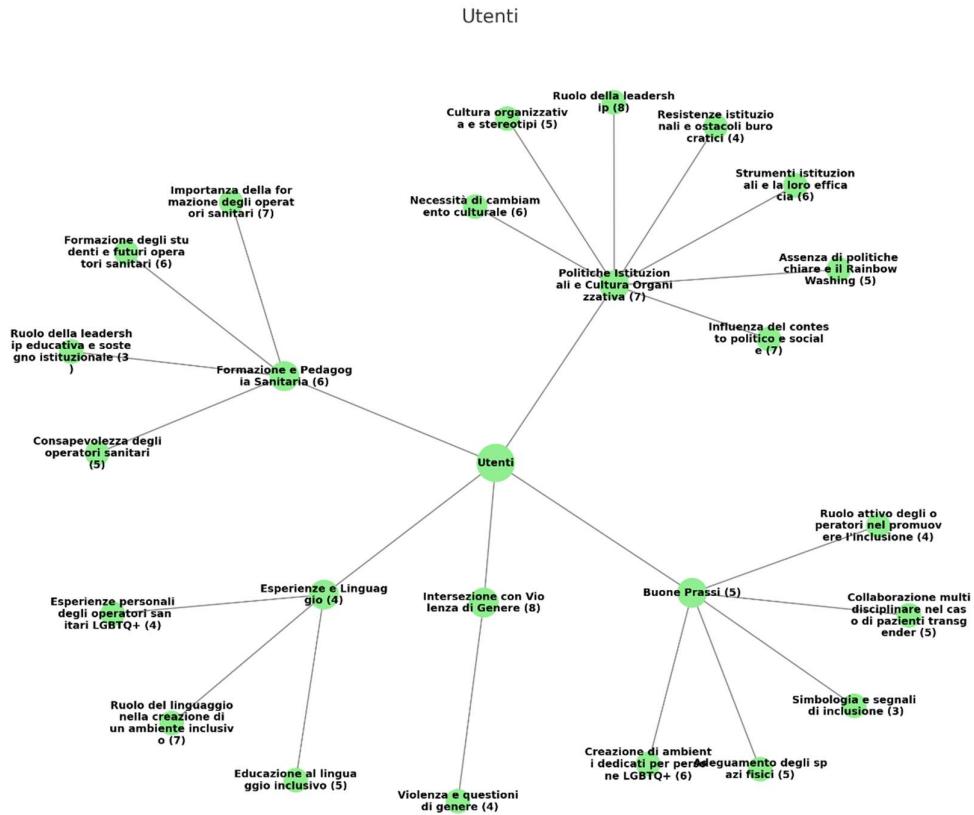


Figura 3 Macrotema Utenti

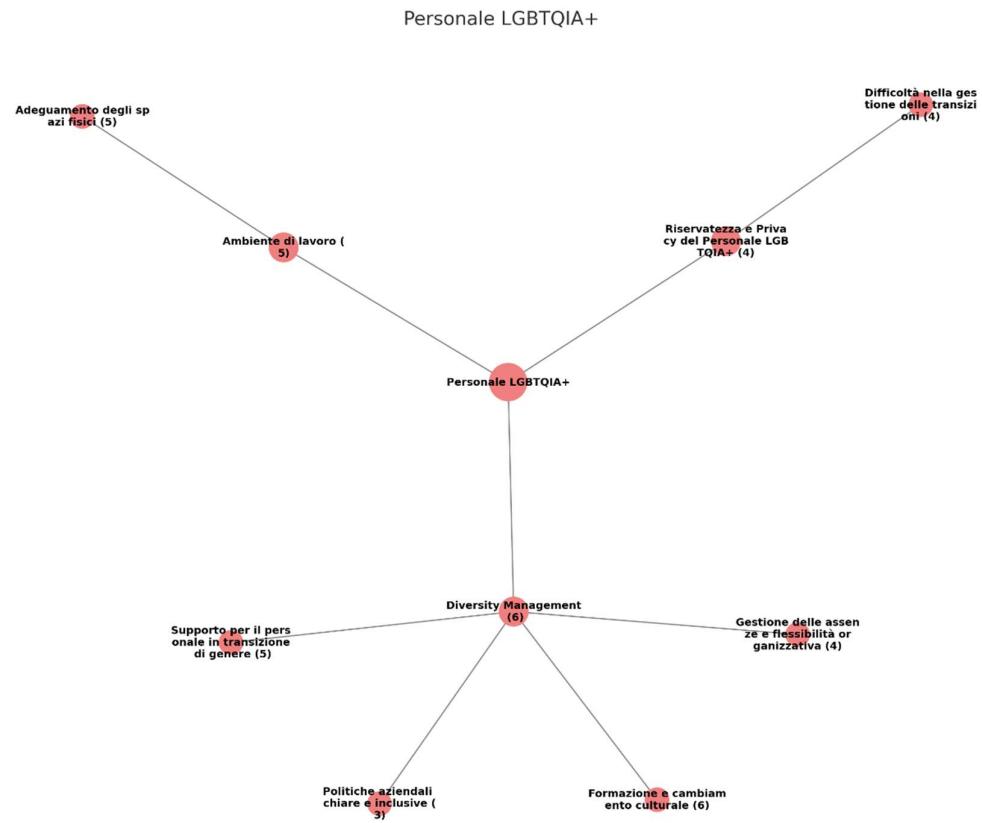


Figura 4: Macrotema Personale LGBTQIA+

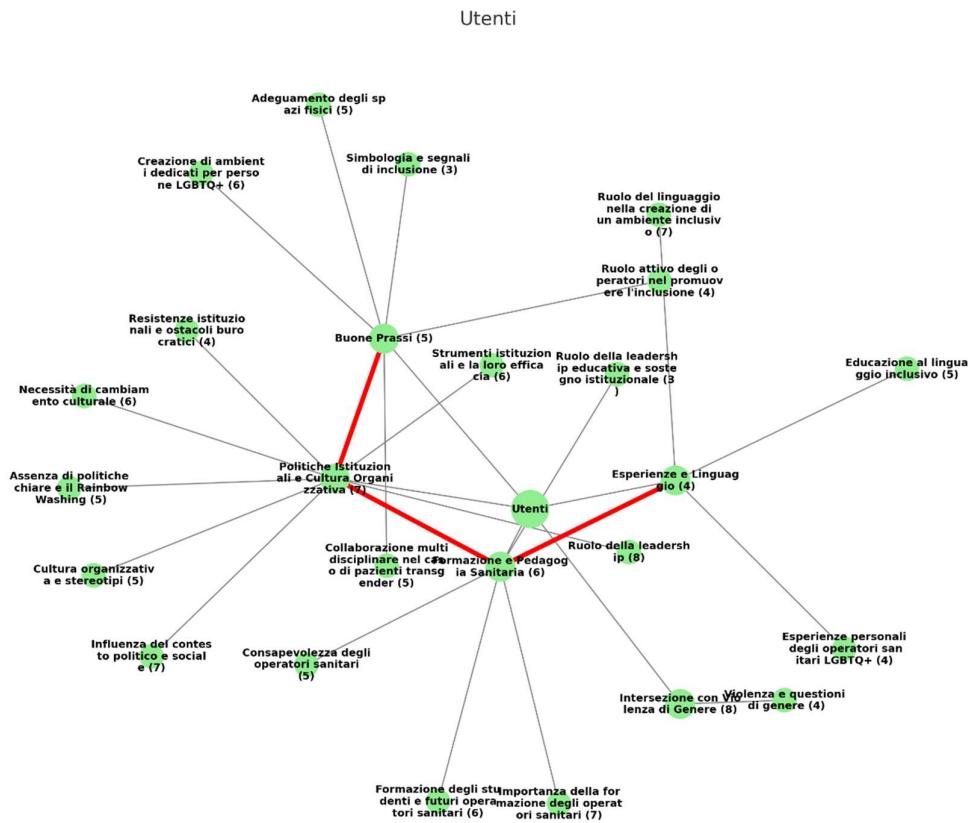


Figura 5: Macrotema Utenti e connessione fra temi

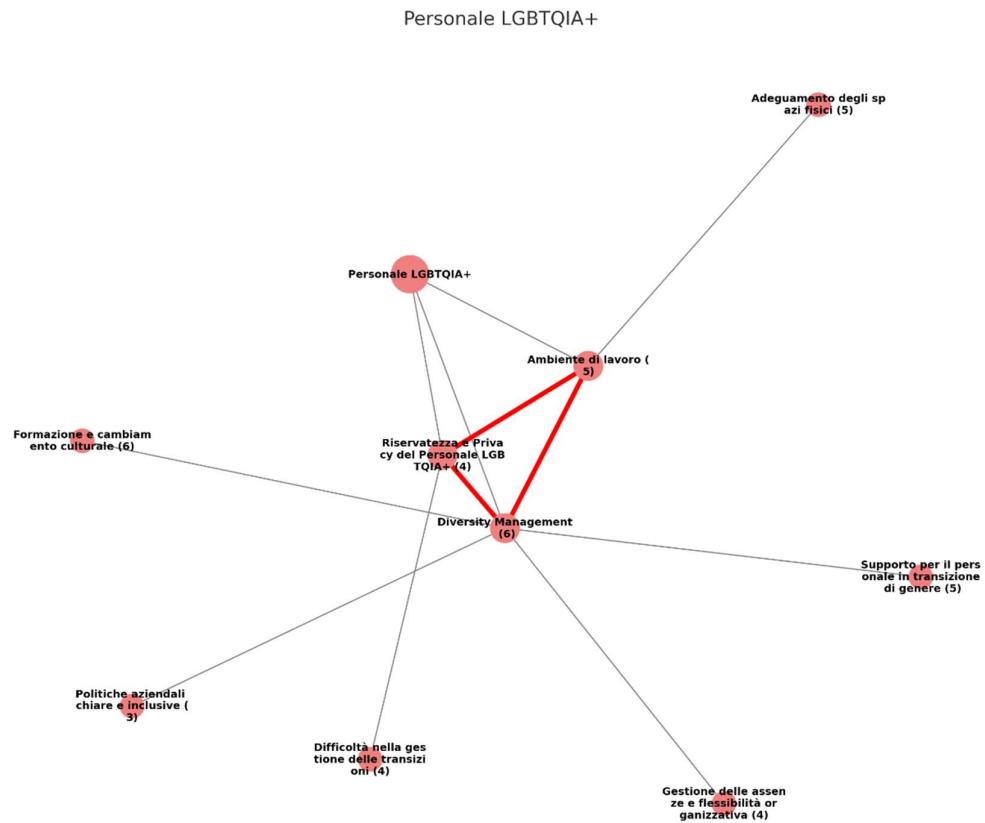


Figura 6: Macrotema Personale LGBTQIA+ e connessione fra temi

## Allegato 5 : Risultati ricerca esplorativa

### RISULTATI

L'analisi delle interviste ha rilevato come gli interlocutori abbiano esplorato i tema non solo portando la propria opinione ma anche la propria esperienza come docenti, ricercatori, manager e clinici. Questo ha evidenziato due temi principali: le politiche e le implicazioni dirette per le persone LGBTQIA+ che interagiscono con le organizzazioni, sia come pazienti che come studenti, e indirettamente per il personale appartenente alla comunità LGBTQ+. Questi due macrotemi verranno approfonditi di seguito. L'analisi qualitativa ha permesso di identificare 5 temi per il primo macrotema e 3 per il secondo macrotema.

#### Macrotema 1: Utenti

Tema 1: Politiche Istituzionali e Cultura Organizzativa

Sottotema 1: Influenza del contesto politico e sociale

Un tema ricorrente emerso dalle interviste riguarda l'importanza delle politiche pubbliche per promuovere l'inclusione LGBTQ+ nelle organizzazioni sanitarie. Dalle interviste emerge ripetutamente come il contesto politico e sociale attuale possa favorire o ostacolare l'adozione di politiche inclusive all'interno dei servizi sanitari, influenzando atteggiamenti, pratiche e la predisposizione delle istituzioni a sostenere l'inclusione LGBTQ+.

*"Chiaramente c'è molto di quello che succede dentro. Ai servizi dipende dal clima politico e sociale... Quindi diciamo questo non è un buon momento dal punto di vista sociale e politico. E chi si occupa di queste cose qui? Perché poi c'è un effetto di trascinamento chiaramente. Anche chi non ha idee rigide su alcune cose poi magari si associa si fa trascinare. Quindi... in un'utopia sarebbe quella di ridurre un po' i pregiudizi insomma." (Intervistat\*4).*

*"Negli ultimi anni, il tema dell'inclusione delle persone transgender è entrato a far parte del dibattito pubblico italiano, influenzando profondamente le politiche delle istituzioni. Prendiamo ad esempio il mondo universitario: l'introduzione della carriera alias rappresenta un passo significativo verso una maggiore inclusività. La carriera alias, presente in molte università italiane da circa 15 anni, permette alle persone transgender di utilizzare un nome di elezione all'interno dell'ateneo, anche in assenza della rettifica anagrafica. Questo strumento è particolarmente apprezzato da figure professionali come medici e altri operatori sanitari, ma non è diffuso ed implementato anche nei contesti sanitari". (Intervistat\* 6)*

La predisposizione delle istituzioni e degli individui a sostenere l'inclusione dipende dal clima sociale e politico generale.

*"Le organizzazioni e i contesti in cui operano sono in continua interazione. Le politiche, le norme e le culture organizzative sono plasmate dai contesti istituzionali,*

*così come i contesti sono influenzati dalle azioni delle organizzazioni." (Intervistat\* 5)*

*Il partecipante ha riportato un episodio in cui un agente di polizia ha affermato: "Per me, al di là che siano uomo-uomo, donna-donna, anche un ragazzo e una ragazza che si baciano in mezzo alla strada li trovo molto volgari e cioè se potessi li fermerei." (Intervistat\* 9)*

#### Sottotema 2: Assenza di politiche chiare e il "Rainbow Washing

Molti intervistati hanno evidenziato, nonostante esista un clima generalmente positivo e accogliente nelle istituzioni, l'assenza di politiche chiare e strutturate per l'inclusione LGBTQ+, con alcune misure percepite come mere formalità burocratiche.

*"Come sottolinea l'articolo 6 della Costituzione, le minoranze linguistiche godono di una tutela specifica. Questo significa che il tema delle minoranze è di grande rilevanza costituzionale. È importante ricordare che il diritto deve garantire i diritti di ogni individuo, anche quando si tratta di una minoranza di una sola persona..." (Intervistat\* 5).*

*"Diciamo che per istituto o per statuto l'università un po come anche la Costituzione si si dice aperta e si dice non discriminante... Tuttavia siccome anche qua dentro soprattutto da parte di colleghi ci sono delle schiere di lavoratori che cercano di porre la questione dei propri diritti. Questo in realtà a volte crea l'effetto opposto nel senso che \_\_\_\_\_ (una figura dirigenziale)... è più facile che lui ti risponda alla fine con ironia o con sarcasmo che è un po un modo per dirti adesso basta.". (Intervistat\* 4)*

Esiste una tendenza verso il "Rainbow Washing", dove la dichiarazione di inclusione non è accompagnata da azioni concrete.

*Detto di un dirigente: "Sappiamo che la tematica lo entusiasmi. Ma sappiamo anche che non si esprimerebbe contro... Però ripeto sappiamo che non è particolarmente sensibile ma si muove e lo sa dentro un contesto in cui non può dire certe cose... Certo ha un ruolo e quando queste iniziative passano anche da lui le firma tranquillamente." (Intervistat\* 3)*

*"quello che noto è che sì cioè la maggior parte delle organizzazioni dei dei luoghi di lavoro non si parla delle persone LGBT per cui cioè è un tema che non non viene minimamente considerato nella maggior parte di queste a meno che uno non abbia qualche richio... e allora ecco il Rainbow washing ad esempio" (Intervistat\*8)*

#### Sottotema 3: Strumenti istituzionali e la loro efficacia

Gli strumenti istituzionali, come le linee guida e i protocolli, sono considerati essenziali per garantire che le politiche di inclusione siano messe in pratica in modo concreto e anche la diffusione della conoscenza di questi strumenti è essenziale.

Tuttavia, molti intervistati hanno sottolineato che tali strumenti sono spesso assenti o inefficaci.

*"Allora gli strumenti sono molti dentro le organizzazioni nel senso che abbiamo uno statuto ma abbiamo anche un codice etico. Il codice etico si occupa esattamente di discriminazioni. E c'è tutto un sistema rimediale sanzionatorio che va dal collegio di disciplina alla commissione per la violazione del codice etico alla consigliera di fiducia alla garante degli studenti... C'è tutto un sistema che attivato può essere messo in atto proprio alla luce di comportamenti discriminatori che sono non sempre facilmente identificabili all'interno perché possono avere un range variabile molto ampio." (Intervistat\* 1)*

È essenziale diffondere la conoscenza di questi strumenti tra i membri dell'organizzazione.

#### Sottotema 4: Resistenze istituzionali e ostacoli burocratici

Le politiche di inclusione sono spesso limitate dalla lentezza della burocrazia e dalla mancanza di supporto attivo da parte della leadership. Le resistenze istituzionali rappresentano una delle barriere più significative per l'inclusione LGBTQ+..

*"Anche quando queste politiche sono formalmente adottate, la loro attuazione è spesso limitata dalla lentezza della burocrazia e dalla mancanza di supporto istituzionale... Abbiamo la carriera alias, ma abbiamo dovuto lottare per averla....è un tema che piace molto ai sanitari, che però non posso adottarla per i pazienti" (Intervistat\* 1).*

#### Sottotema 5: Ruolo della leadership

La leadership gioca un ruolo chiave nell'implementazione delle politiche inclusive, ma spesso c'è una disconnessione tra le dichiarazioni formali di supporto e le azioni concrete.

*"Da una parte c'è la libertà di ricerca, ma dall'altra c'è anche un'autorizzazione esplicita e a volte non sono in accordo" (Intervistat\* 11)*

Tuttavia, è emerso che vi sono contraddizioni tra le dichiarazioni di supporto formali e le azioni concrete, con le iniziative LGBTQ+ spesso rallentate da una leadership che, pur non opponendosi apertamente, dimostra poca volontà di sostenere cambiamenti significativi.

*"Certo ci sarà sempre una diversa sensibilità però tu come organizzazione... Ti fai carico che quello diventino cioè ti devi far carico... Di definire quali sono i tuoi valori e far sì che questi valori diventino... Dei regolamenti... Delle appunto delle politiche."*

*"Ad un certo punto ho dovuto interrompere e dire chiaramente: 'Quando vi ho chiesto di chiedere il pronome alle persone, non stavo aprendo un dibattito. Stavo*

*semplicemente affermando un fatto: è un gesto di rispetto fondamentale per svolgere bene il vostro lavoro. Se non lo fate, le conseguenze potrebbero essere negative.”*

*“Diciamo che è partito un po’ tutto grazie a persone abbastanza illuminate.”*

#### Sottotema 6: Ruolo della cultura organizzativa

La cultura organizzativa tende a riflettere valori conservatori, ostacolando l'inclusione. Molti professionisti hanno indicato che le organizzazioni sanitarie tendono a essere influenzate da una cultura conservatrice che ostacola l'implementazione di politiche inclusive.

*“La cultura fa tanto, fa tanto almeno a livello di comportamenti agiti dentro l'organizzazione... se la cultura promuove certi atteggiamenti, in qualche modo li induce” (Intervistato 4).*

#### Sottotema 7: Stereotipi di genere, pregiudizi e discriminazioni

La presenza di stereotipi di genere e pregiudizi è un ostacolo rilevante per l'inclusione LGBTQ+. Tali atteggiamenti si manifestano attraverso pratiche discriminatorie sottili o esplicite, come battute inappropriate o pregiudizi sull'emotività delle persone LGBTQ+.

*“Vuoi per goliardia, vuoi per tradizione, permette apertamente che si possa deridere o fare un certo tipo di ironia su certe categorie.” (Intervistat\* 9).*

*“Non lo so, magari vestono in abiti femminili o comunque diciamo possono avere un aspetto non perfettamente corrispondente ai dati anagrafici. Magari hanno ricevuto una diagnosi o comunque non hanno detto che si sentano a loro agio....Cioè è comunque un'azione violenta quella di dire tu mi devi dimostrare qualcosa.”(Intervistat\* 2)*

*“Ci sono ancora battute e occhiate inappropriate, che rappresentano una forma di micro-aggressione.” (Intervistat\* 10)*

Dai dati raccolti emerge chiaramente come il pregiudizio nei confronti delle persone LGBTQ+ si manifesti in molteplici forme. Oltre alle pratiche discriminatorie più evidenti, il pregiudizio si insinua anche in dinamiche più sottili, come la tendenza a mettere in discussione la credibilità delle persone LGBTQ+ quando esprimono le proprie opinioni su temi che li riguardano direttamente.

*“Nei contesti accademici a volte non sempre. Però a volte succede un po’ questa cosa che io, in quanto la persona omosessuale che sia, io porto la testimonianza. E poi chi fa ricerca e non è omosessuale allora porta invece la scienza.... svalorizzare un po’ l'esperienza trans.” (Intervistat\* 8)*

### Sottotema 8: Necessità di cambiamento culturale

Molti intervistati riferiscono come sia auspicabile e necessario un cambiamento culturale che favorisca l'adozione formale e informale di politiche e atteggiamenti inclusivi.

*"Per me qualsiasi organizzazione dovrebbe per quanto possibile scrivere no policy che almeno sulla carta che dica chiaramente che non sono ammessi atteggiamenti discriminatori o pregiudiziali rispetto a certe categorie tra cui la Comunità LGBTQ+. Penso che questo punto sia importante nel senso che è importante che le persone che vivono quel contesto conoscano questa policy quindi è importante dare loro questo documento" (Intervistat\* 3)*

Bisogna passare dalla teoria alla pratica per rendere le politiche realmente efficaci.

*"Noi siamo virtuosi perché abbiamo questa carriera alias va benissimo ma poi la dimensione la soggettività trans... quanto è presente visibile e comoda qui? quanto creiamo spazi? Cioè io credo che questo sia una cosa su cui lavorare moltissimo. Cioè far diventare sicuramente sviluppare... delle politiche condivise tutte queste cose che abbiamo detto ma poi farle diventare proprio pratiche. Cioè incarnarle esercitarle." (Intervistat\* 2)*

L'organizzazione di eventi formativi e di sensibilizzazione all'interno delle strutture sanitarie è fondamentale per trasformare gli atteggiamenti e le pratiche degli operatori.

*"...non c'è mai nulla secondo me a riguardo. Si potrebbero fare degli eventi anche proprio per sensibilizzare gli operatori i professionisti che lavorano in un'azienda rispetto a questi temi in modo che maturino un approccio rispettoso." (Intervistat\* 4)*

### Tema 2: Formazione e Pedagogia Sanitaria e Universitaria

#### Sottotema 1: Importanza della formazione degli operatori sanitari

La formazione del personale sanitario è stata identificata come un elemento chiave per superare le barriere culturali e istituzionali e promuovere l'inclusione LGBTQ+. La mancanza di una formazione adeguata è stata ripetutamente citata come una delle principali cause di comportamenti discriminatori, spesso non intenzionali. Molti intervistati hanno affermato che la pedagogia sanitaria deve essere orientata a sensibilizzare gli studenti, che diventeranno i futuri operatori, per promuovere una cultura inclusiva. La formazione sta diventando più diffusa.

*"Perché cominciano a essere impattanti per i servizi? Più che altro le richieste che arrivano e il fatto che proprio gli operatori sono formati non sono preparati. Cioè lo dico io in primis insomma." (Intervistat\* 11)*

*"C'è una grandissima ignoranza, in particolare in ambito psicologico, nonostante tutto quello che si dica. La mia esperienza è quella di aver dovuto sempre educare gli operatori... C'è una difficoltà, e spesso anche imbarazzo, nel trattare temi legati alla sessualità e all'identità di genere, che viene vissuto come un tabù."* (Intervistat\* 2)

*"Senza una formazione adeguata, il personale sanitario rischia di affidarsi esclusivamente al proprio buon senso, il quale, per quanto importante, non è sufficiente a garantire un'assistenza inclusiva e rispettosa delle persone LGBTQ+. La mancanza di competenze specifiche può portare a comportamenti discriminatori, anche involontari."* (Intervistat\*9)

*"Noi per esempio facciamo per gli studenti di medicina facciamo un corso elettivo. Proprio su questo tema. Ormai siamo al quarto quinto anno che lo ripetiamo abbiamo di solito 20-25 studenti che si iscrivono [...] sarebbe utile farlo a tutti gli altri, meno magari sensibili anche rispetto al tema"* (Intervistat\* 10)

#### Sottotema 2: Formazione degli studenti e futuri operatori sanitari

La formazione universitaria dovrebbe includere contenuti che sensibilizzino gli studenti sul tema dell'inclusione LGBTQ+, preparando i futuri professionisti a fornire un'assistenza inclusiva e rispettosa. La pedagogia sanitaria ha un ruolo fondamentale nel promuovere una cultura inclusiva e nel combattere i pregiudizi.

*"... nella docenza magari dedicare una parte della didattica a trattare questo tema collegandolo con temi trattati nel corso..."* (Intervistat\* 3)

#### Sottotema 3: Ruolo della leadership educativa e sostegno istituzionale

La leadership educativa è cruciale nell'adozione e nell'implementazione di programmi formativi inclusivi, ma spesso manca un adeguato supporto da parte delle istituzioni. Molti professionisti impegnati nella formazione non ricevono il sostegno necessario dalle strutture accademiche o sanitarie.

*"Ho notato con piacere che, nonostante la formazione non sia sempre obbligatoria, molti colleghi hanno deciso di partecipare all'incontro sull'inclusione LGBTQ+. Questo mi fa ben sperare, perché spesso i comportamenti discriminatori nascono proprio da una mancanza di conoscenza e di sensibilità. Se investiamo nella formazione, possiamo fare la differenza."* (Intervistat\* 12)

#### Sottotema 4: Consapevolezza degli operatori sanitari

Molti operatori sanitari hanno una conoscenza limitata dei temi LGBTQ+ e delle sfide che questa comunità affronta nell'accesso ai servizi sanitari. È necessaria una maggiore consapevolezza attraverso formazione, eventi di sensibilizzazione e questionari volti a comprendere il livello di conoscenza degli operatori su queste tematiche.

*"Io partirei da qui infatti cioè io. Partirei da qui Degli eventi di sensibilizzazione anche dei corsi di formazione... Però io non non sarei così certo al 100% che tutti conoscono esattamente di cosa stiamo parlando. E quindi la conoscenza di questi temi anzitutto. E poi anche la posizione che c'è o appunto se come come si vivono questi termini all'interno del proprio reparto." (Intervistat\* 4)*

*"Si potrebbero prevedere si potrebbe prevedere ad esempio un progetto con un questionario da mandare a tutti i professionisti sanitari in azienda ospedaliera. Su questi temi, no, per capire se intanto siamo a conoscenza di queste cose perché magari tutti anche sanno l'acronimo no LGBTQ+. Cioè, non è che c'è magari tanta una grande consapevolezza...E quindi la conoscenza di questi temi anzitutto."*

### **Tema 3: Esperienze, atteggiamento e Linguaggio**

#### **Sottotema 1: Esperienze personali degli operatori sanitari LGBTQ+**

Le esperienze personali degli operatori sanitari, in particolare di coloro che si identificano come LGBTQ+, sono state un tema centrale in diverse interviste. Molti hanno condiviso storie di inclusione positiva, ma anche di microaggressioni e discriminazioni sottili, che spesso riflettono una mancanza di sensibilità rispetto alle sfide affrontate dalla comunità LGBTQ+. Diversi intervistati condividono che anche la sensibilità personale verso questi temi possa fare la differenza.

*"... a volte ho la sensazione, non solo su questo argomento ma anche su altri, che o una persona ce l'ha sensibilità sua personale e se no è difficile."*

#### **Sottotema 2: Ruolo del linguaggio nella creazione di un ambiente inclusivo**

Il linguaggio e l'approccio utilizzato dai professionisti è stato identificato come un fattore chiave per l'inclusione e il rispetto verso i pazienti LGBTQ+. Un uso corretto del linguaggio, che rispetti i pronomi e l'identità di genere dei pazienti, è stato descritto come il primo passo verso l'accoglienza. Tuttavia, molti operatori sanitari hanno dichiarato di non avere ancora una piena consapevolezza dell'importanza di queste scelte linguistiche.

*"Mi è capitato di sentire colleghi esitare sul nome da utilizzare per rivolgersi a un paziente transgender. Mi hanno chiesto se dovevano chiamarlo 'signora'. Ho spiegato loro che, quando una persona cambia legalmente nome, è fondamentale rispettare questa scelta. Il nome è parte integrante della nostra identità e ci permette di essere riconosciuti per quello che siamo." (Intervistat\* 10)*

Molti operatori sanitari hanno riconosciuto che, pur senza intenzioni discriminatorie, i loro comportamenti o atteggiamenti possono essere percepiti come tali. Questo è emerso in particolare nel rapporto con i pazienti transgender o non binari.

*“... c’è sempre questa idea per esempio che se ci sono nuove terminologie per indicare la sessualità allora queste terminologie siano eccessive stiano chiedendo troppo alle persone di adattarsi. Siano cioè... siano quasi violente capito? Cioè sembra quasi che le persone che accettano come stessi siano una forma di violenza mentre invece servono apposta per ridurre le violenze! per far sentire le persone più accolte insomma.” (Intervistat\* 2)*

*“Molti operatori non si rendono conto che, anche solo non rispettare i pronomi preferiti, può essere percepito come una forma di discriminazione.” (Intervistat\* 7)*

### Sottotema 3: Educazione al linguaggio inclusivo

La mancanza di formazione e consapevolezza sull’uso del linguaggio inclusivo è emersa come una delle principali barriere per garantire il rispetto delle identità LGBTQ+. I professionisti necessitano di un’educazione specifica su come utilizzare un linguaggio che eviti discriminazioni e favorisca l’accoglienza. Alcuni esperti hanno riportato esperienze di microaggressioni o discriminazioni sottili, come battute o comportamenti apparentemente innocui che però riflettono una mancanza di consapevolezza e rispetto.

*“Quello che dico da fuori è che queste non sono cose su cui ci si improvvisa. E che quindi la formazione è importante anche sul piano comunicativo su come parli alle persone” (Intervistat\* 10)*

*“Utilizzare un linguaggio rispettoso è il primo passo per far sentire accolti i pazienti LGBTQ+, ma purtroppo molti colleghi ancora non ne comprendono l’importanza.” (Intervitat\* 8)*

### Tema 4: Intersezione con Violenza di Genere e Questioni di Genere

Le esperienze delle persone LGBTQ+ si intrecciano spesso con le questioni di genere, creando dinamiche complesse di discriminazione. Le interviste hanno evidenziato come le persone LGBTQ+ affrontino sfide simili a quelle delle donne e di altre minoranze di genere, sottolineando la necessità di un approccio intersezionale alla lotta contro la discriminazione. Le esperienze delle minoranze sessuali e di genere evidenziano similitudini nei percorsi di affermazione e resistenza, in particolare in relazione al femminismo e alle questioni di genere.

*“La questione è che le istanze centrali sono le minoranze legate all’orientamento sessuale. [...] In una di meno che comunque è un movimento trans femminista assorbe in sé tutte queste istanze.” (Intervistat\* 7)*

*“La questione è che le istanze centrali sono le minoranze legate all’orientamento sessuale. [...] In una di meno che comunque è un movimento trans femminista assorbe in sé tutte queste istanze” (Intervist\* 8)*

*"È stato un movimento caldecciato e appoggiato dalle femministe da tutti i movimenti. Questa dimensione diciamo intersezionale è molto importante" (Intervist\* 5)*

### **Tema 5: Buone Prassi**

#### *Sottotema 1: Creazione di ambienti dedicati per persone LGBTQ+*

Le interviste hanno evidenziato l'importanza di avere servizi dedicati alle esigenze specifiche delle persone LGBTQ+, come ambulatori specializzati e ambienti sanitari che rispondano alle necessità di identità di genere e orientamento sessuale.

*"Intanto c'è però bisogno di specifici servizi dedicati alle transazioni o per esempio per le malattie infettive. Avere degli ambulatori dedicati. Quindi per le esigenze specifiche." (Intervistat\* 10)*

#### *Sottotema 2: Adeguamento degli spazi fisici*

La creazione di spazi inclusivi, come bagni gender-free e stanze riservate, è stata identificata come un elemento cruciale per garantire il rispetto e la privacy dei pazienti LGBTQ+. L'adeguamento degli spazi contribuisce a creare un ambiente sanitario accogliente e rispettoso delle diverse identità di genere.

*"Anche dal punto di vista strutturale per esempio avere i servizi igienici che non hanno la divisione uomini e donne oppure avere se c'è lo spazio quello neutro. Avere la possibilità di ricoveri. Di avere stanze singole di avere una politica insomma flessibile quando si ricovera una persona trans" (Intervistat\* 11)*

*"i bagni sono gestiti in modo molto tradizionale allora posso immaginare che una innovazione potrebbe essere quella di garantire degli spazi ulteriori non so come dire oppure unificati semplicemente di fare che i bagni sono i bagni tanto sono orrendi comuni quindi il tipo di distinguere quelli delle donne da quelli degli uomini non ha grande successo" (Intervistat\* 3)*

*"Diciamo che questi pazienti in genere gli diamo subito la stanza non li mettiamo in una sala d'attesa piena di donne. Ecco perché magari noi pensiamo che per loro possa essere un disagio. In realtà non lo so perché magari sai a volte pensi tu che sia un disagio invece magari l'altro non ci pensa" (Intervistat\* 12)*

#### *Sottotema 3: Simbologia e segnali di inclusione*

L'utilizzo di simboli e materiali dedicati, come bandiere arcobaleno, poster inclusivi e segnali visibili di supporto, contribuisce a creare un ambiente accogliente e a inviare un messaggio chiaro di inclusività. Questi segnali possono avere un impatto positivo sulla percezione dell'ambiente da parte delle persone LGBTQ+ e aiutano a decostruire l'eteronormatività.

*"Se nell'ambito medico si potrebbe agire a livelli di simboli con dei poster "potrei essere una grande chirurga.." "tu potrai essere...". Cioè sembra banale ma è ancora qualcosa che bisogna comunque un po' guadagnare quindi io credo che questo sia una questione diciamo fondamentale. Dare delle immagini non so di docenti trans che non abbiamo. Ci sono delle università in Inghilterra per esempio che lo mettono come obbligatorio. Invitano i docenti ad avere dentro i loro uffici e poi dentro i dipartimenti eccetera, dei segnali che possono essere la bandiera, possono essere non lo so un piccolo arcobaleno per dire tu sei benvenuto. Simboli comunque che diano un messaggio隐含的 che decostruiscono quell'eteronormatività di cui parlavamo....sarebbe un piccolo grande passo". (Intervistat\* 2)*

*"Cioè è chiaro che se noi in un consultorio mettessimo le immagini non solo di una donna bianca relativamente giovane che allatta ma anche tutte le donne... che hanno i mariti o meno...che per esempio hanno una genitorialità adottiva, per esempio si sentono rappresentate." (Intervistat\* 2)*

#### *Sottotema 4: Collaborazione multidisciplinare nel caso di pazienti T*

L'approccio multidisciplinare, che coinvolge medici, psicologi e altri professionisti, è fondamentale per affrontare le esigenze complesse delle persone LGBTQ+ in ambito sanitario. La collaborazione tra diverse figure professionali garantisce un percorso di cura più completo e personalizzato per i pazienti LGBTQ+.

*"Il nostro approccio multidisciplinare ci consente di offrire un percorso di cura completo e personalizzato, coinvolgendo professionisti con competenze specifiche in psicologia, endocrinologia, ginecologia e chirurgia plastica ed è un approccio fondamentale per rispondere a bisogni complessi." (Intervistat\* 10)*

#### *Sottotema 5: Ruolo attivo degli operatori nel promuovere l'inclusione*

Alcuni operatori sanitari e accademici assumono un ruolo attivo nel promuovere un ambiente inclusivo, offrendo supporto individuale ai pazienti LGBTQ+ e cercando di sensibilizzare i colleghi su questi temi. La promozione dell'inclusione avviene attraverso la formazione, l'educazione e l'introduzione di contenuti inclusivi nei corsi universitari e nei contesti sanitari.

*"Cerco di educare i miei colleghi su come trattare i pazienti LGBTQ+ con rispetto, ma non sempre sono pronti ad accettare questi cambiamenti." (Intervistat\* 10)*

*"Il cambiamento principale parte dai gruppi... se tu mi fai le aule così non mi dai la possibilità di incontrarmi con gli altri... Cioè tu stai organizzando gli spazi per far funzionare le persone in questo modo." (Intervistat\* 9)*

*"Quindi diciamo il mio ruolo professionale. Significa dentro i corsi introdurre linguaggio, introdurre dei contenuti, introdurre far venire delle persone a testimoniare non solo ed esclusivamente sulle questioni LGBT. [...] Per me, dove ho potuto, quando ho potuto, ho cercato di lavorare affinché ci fosse una sensibilità e*

*questa sensibilità si trasformasse anche in una garanzia di diritti, diciamo diritti applicati ecco, non solo sulla carta" (Intervistat\* 4)*

### **Macrotema 2: Personale LGBTQIA+**

L'analisi delle interviste ha evidenziato i temi chiave che riguardano la gestione e l'inclusione del personale LGBTQIA+ all'interno delle organizzazioni. I principali aspetti emersi sono:

#### **Tema 1: Riservatezza e Privacy del Personale LGBTQ+**

La riservatezza riguardo all'identità di genere e all'orientamento sessuale del personale LGBTQ+ è un tema fondamentale, in particolare durante i processi di transizione di genere. I cambiamenti nei sistemi anagrafici e nelle email aziendali spesso rappresentano una sfida significativa e possono portare a esposizioni indesiderate.

L'inefficienza dei sistemi aziendali e la mancanza di processi per gestire le transizioni in modo discreto possono costringere le persone LGBTQ+ a fare "outing" contro la propria volontà. Questa situazione rappresenta una forma di violenza istituzionale che viola la privacy e i diritti del personale LGBTQ+.

*"È successo praticamente a un certo punto ha obbligato questa persona a fare outing a casa sua. Perché tutto questo procedimento tutta questa cosa l'ha portato a questo tipo di violenza e Io credo che sia molto molto grave. ...Ha subito un questo atto di violenza istituzionale. Che è molto grave perché cioè per quanto le prassi siano importanti bisogna comunque proteggere l'identità e i dati sensibili delle persone."* (Intervistat\*11)

Le difficoltà nel cambiare nomi e informazioni nei sistemi aziendali riflettono una mancanza di flessibilità e comprensione rispetto alle esigenze del personale LGBTQ+. Ritardi e problemi nell'aggiornamento dei sistemi possono causare disagio e perpetuare la non accettazione dell'identità di genere.

*"E c'è voluto tanto per cambiare anche i nominativi... come l'anagrafica poi aziendale non si adattasse alla mail per cui la mail avevo ancora il nome maschile cioè ci sono degli aspetti che a noi hanno fatto riflettere questo..."* (Intervistat\* 12)

#### **Tema 2: Ambiente di lavoro**

Uno dei principali problemi emersi riguarda l'adeguamento degli spazi fisici per accogliere il personale transgender o in transizione di genere. L'accesso a spogliatoi, bagni e altri spazi condivisi è un aspetto critico che richiede attenzione e flessibilità da parte dell'organizzazione. L'introduzione di bagni gender-neutral e spazi dedicati rappresenta un importante passo verso la creazione di un ambiente di lavoro più accogliente e rispettoso per il personale LGBTQ+. Tuttavia, il processo di adattamento è ancora in corso in molte organizzazioni e richiede un cambiamento strutturale e culturale. Le organizzazioni devono dimostrare flessibilità e adattamento per rispondere alle esigenze del personale in transizione, come fornire spogliatoi dedicati e percorsi personalizzati.

*"Ci siamo interrogati su quale spazio offrire come spogliatoio alla persona in transizione.... momento in cui non riuscivamo a garantire lo spogliatoio dedicato perché era nella fascia di transizione... capito non poteva essere quello femminile non poteva più essere quello maschile o viceversa.... l'abbiam portato a livello del reparto abbiamo trovato un percorso in modo tale che la persona avesse uno spogliatoio dedicato in un reparto." (Intervistat\* 10)*

### **Tema 3: Diversity management**

#### **Sottotema 1: Supporto per il personale in transizione di genere**

Il supporto offerto al personale durante il percorso di transizione è fondamentale e richiede la partecipazione attiva del management e delle risorse umane. Alcuni dirigenti hanno dimostrato sensibilità e apertura, mostrando che un atteggiamento attento può facilitare un'esperienza più positiva per il personale in transizione.

*"Il dirigente ha mostrato una forte sensibilità nel seguire il percorso di una persona in transizione e nel cambiare i nominativi e gli aspetti anagrafici." (Intervistat\* 11)*

*"c'è stata una forte sensibilità da parte del dirigente dell'area dove questa persona ha lavorato. ... colloqui chiedendo alla persona cosa andava bene..." (Intervistat\* 9)*

#### **Sottotema 2: Politiche aziendali chiare e inclusive**

La necessità di politiche aziendali esplicite e inclusive è emersa come un aspetto chiave per garantire un ambiente lavorativo sicuro e di supporto per le persone LGBTQ+. L'assenza di un approccio sistematico porta spesso a iniziative frammentarie, lasciando la responsabilità dell'inclusione ai singoli dirigenti o team locali.

*"Per me qualsiasi organizzazione dovrebbe per quanto possibile scrivere policy che almeno sulla carta dica chiaramente che non sono ammessi atteggiamenti discriminatori o pregiudiziali rispetto a certe categorie tra cui la Comunità LGBTQ+. Penso che questo punto sia importante nel senso che è importante che le persone che vivono quel contesto conoscano questa policy, quindi è importante dare loro questo documento. [...] Però sapere che ti muovi dentro il contesto un contesto che scoraggia o addirittura stigmatizza è un discorso, non avere questa informazione è un altro. Quindi secondo me le policy influenzano molto" (Intervistat\* 3)*

#### **Sottotema 3: Formazione e cambiamento culturale**

La formazione costante per tutto il personale è essenziale per promuovere un cambiamento culturale e ridurre lo stigma verso le persone LGBTQ+, inclusi i colleghi. Il cambiamento richiede tempo e un impegno continuo da parte delle organizzazioni per creare un ambiente inclusivo.

*"Abbiamo bisogno di programmi di formazione per tutto il personale sanitario, così che possano migliorare le loro competenze e ridurre lo stigma, anche nei confronti dei colleghi" (Intervistat\* 12)*

*"Ecco dovremmo entrare di più sull'argomento culturale secondo me ...la sanità è un passaggio che si collega noi abbiamo avuto anche dei dipendenti che hanno fatto un percorso di molti anni nel cambiare genere voglio dire e questo ha dato delle limitazioni anche." (Intevistat\* 9)*

#### *Sottotema 4: Gestione delle assenze e flessibilità organizzativa*

La gestione delle assenze legate agli interventi chirurgici di transizione rappresenta una sfida per i reparti, specialmente quando vi è una carenza di personale. È necessario sviluppare protocolli che permettano di gestire in modo efficace le assenze del personale LGBTQ+, garantendo la continuità dei servizi e prevenendo il sovraccarico dei colleghi.

*"Quando un operatore si assenta per lunghi periodi a causa degli interventi chirurgici della transizione di genere, abbiamo difficoltà a riorganizzare i turni senza creare tensioni o sovraccaricare gli altri colleghi." (Intervistat\* 9)*

*"Ci manca un protocollo che permetta di gestire in modo più fluido le lunghe assenze legate alla transizione." (Intervistat\* 10)*

Dal confronto dei dati degli interlocutori in ambito accademico con quello degli interlocutori in ambito sanitario, si evince che i temi emersi in entrambi i contesti sono ampiamente sovrapponibili, soprattutto per quanto riguarda la necessità di formazione, l'adozione di politiche inclusive, l'uso del linguaggio e il bisogno di un cambiamento culturale. Tuttavia, esistono alcune differenze specifiche. In ambito sanitario, gli interlocutori pongono maggiormente l'attenzione alla gestione della privacy, all'adeguamento degli spazi fisici (come spogliatoi e bagni gender-neutral) e alla creazione di servizi dedicati per rispondere alle esigenze specifiche della comunità LGBTQ+.

Gli interlocutori del contesto accademico, invece, hanno messo maggiormente in evidenza la necessità di un cambiamento culturale più profondo, nonché l'importanza della questione intersezionale, ovvero il riconoscimento delle intersezioni tra diverse forme di discriminazione. Inoltre, è emerso con forza il ruolo dell'advocacy della leadership educativa nell'affrontare le sfide legate alle politiche discriminatorie e la responsabilità del singolo nel promuovere sensibilizzazione e inclusione. Strumenti già adottati come la carriera alias, che consente l'utilizzo di un nome di elezione per le persone transgender all'interno delle istituzioni accademiche, sono stati segnalati come potenzialmente utili anche nel contesto sanitario, per facilitare l'inclusione e la gestione dell'identità di genere nelle strutture di cura.

In sintesi, sebbene i temi siano in gran parte sovrappponibili, l'ambito accademico pone maggiore enfasi su aspetti educativi e culturali, mentre l'ambito sanitario si concentra più sugli aspetti operativi e pratici, come la gestione della privacy e la creazione di spazi inclusivi.

### Allegato 6: Mappatura servizi italiani

Regione	Pubblico/Convenzionato	Riferimenti nel sito aziendale	Tipo di servizio/livello strutturazione	Servizi offerti	Assoc. collett.
<b>Abruzzo</b>	UOC Andrologia Medica e Banca del Seme - Ospedale San Salvatore - L'Aquila	Ben reperibile	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine: Visite ambulatoriali  Trattamento ormonale di riaffermazione di genere  Preservazione della fertilità della persona AMAB	Psichiatra, servizio endocrinologico, andrologo e conservazione gameti	3
<b>Basilicata</b>	No				no
<b>Calabria</b>	Azienda Ospedaliera Universitaria Renato Dulbecco - Catanzaro	Non si ritrova nessun riferimento esplicito a incongruenza/disforia di genere.	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Psichiatra, servizio endocrinologico, neuropsichiatria	1
<b>Campania</b>	Ambulatorio Di Genere San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato	Supporto psico (psicologo), servizio endocrinologico, altri supporti specialistici  Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC)	6
	Centro di Andrologia e Medicina della Riproduzione e delle Sessualità Maschile e Femminile, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, AOU Federico II	Ben reperibile “disturbi identità di genere”	Ambulatorio dedicato	Psicologo e psichiatra, servizio endocrinologico, chirurgia affermazione di genere, ginecologo, andrologo, sessuologo, servizi per minori,	

				supporto alle famiglie	
	Centro di Sterilità - AOU Federico II	Non si trova alcun riferimento esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Crioconservazione dei gameti, Ginecolog*	
	Clinica Otorinolaringoiatrica - Ospedale Ruggi d'Aragona	Non si trova alcun riferimento esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Chirurgia di affermazione di genere	
	Consultorio DIG - Disforia di Genere – Salerno	Ben reperibile	Servizio specializzato	Supporto psico (psicologo e psich), Assistente sociale, Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto, Supporto alle famiglie	
	Consultorio Incontra – Napoli 3 Sud	Ben reperibile	Servizio specializzato	Supporto psico (psicologo e psich), servizi minori e supporto alle famiglie	
	Programma di Endocrinologia Pediatrica - AOU Federico II	Non si trova alcun riferimento esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Crioconservazione dei gameti, Servizio psicologico, Servizio endocrinologico, Servizio di Neuropsichiatria, Supporto alle famiglie	
	UO Fisiopatologia della Riproduzione - AORN San Giuseppe Moscati	Non si trova alcun riferimento esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico -- Servizio all'interno di attività clinica di routine	Supporto psico (psicologo e psich), ginecologo, andrologo, conservazione gameti	
<b>Emilia Romagna</b>	IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola Malpighi	Ben reperibile	Servizio dedicato multidisciplinare	Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico, Servizi offerti ai minori	9
	Struttura Complessa di Endocrinologia – AOU Modena	Non si trova alcun riferimento esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di	Servizio endocrinologico, Altro supporto medico specialistico	

			attività clinica di routine		
	Voice Center - UO ORL - Ospedale Maurizio Bufalini - Cesena	Non si trova alcun riferimento esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico	
	Casa di Cura "Villa Laura" Privato in convenzione -bologna	Non si trova alcun riferimento esplicito		Chirurgia di affermazione di genere	
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	Ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere (APEVAGE) - IRCCS Materno Infantile Burlo Garofalo			Consulenza per procreazione medicalmente assistita (PMA), Servizi offerti ai minori (psico, neuropsich e endocrinologo) , Supporto alle famiglie	1
	Centro Disforia di Genere - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - ASU GI	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato	Servizio endocrinologico, ginecologico, andrologico	
	SOC Endocrinologia - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Friuli Centrale	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato	Servizio endocrinologico, Altro supporto medico specialistico	
	UCO di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica – Ospedale di Cattinara ASUITS		Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Riassegnazione chirurgica del sesso (ginoandroidi e androginoidi)	
<b>Lazio</b>	Ambulatorio di Endocrinologia e Andrologia - Smid 04 - AOU Policlinico Umberto I	Ben reperibile		Servizio endocrinologico, servizi a minori	10
	Centro Clinico e di Ricerca "6 Come Sei" - Facoltà di Medicina e Psicologia - Sapienza Università di Roma	Ben reperibile	Ambulatorio multidisciplinare dedicato	Supporto psicologico (psicologo, psich, psicoth, neuropsic), altro (sessuologo), servizi offerti ai minori (psico, sessuologo), supporto alle famiglie	
	Nuovo Ospedale Dei Castelli			Chirurgia di affermazione di genere	

	Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psichica (SAIFIP) - Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplinare	Supporto psicologico, Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico, Sportello di orientamento al lavoro, Peer Navigator, Servizi offerti ai minori (Valutazione psicodiagnostica, Servizio psicologico, Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto), Supporto alle famiglie	
	U.O.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva San Camillo – Forlanini	Ben reperibile		Vaginoplastica, adeguamento del torace (MtF), mastectomia, isteroannessectomia e falloplastica (FtM)	
	Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS	Ben reperibile		psichiatria, la neuropsichiatria e la psicologia clinica	
<b>Liguria</b>	Centro Psichiatria Forense Dedicato alla Disforia di Genere - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - Asl 3 - Genova	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplinare	Supporto psicologico (psich), Servizi offerti ai minori (neuropsich), Supporto alle famiglie	2
	Ospedale Policlinico San Martino - UO Endocrinologia	Ben reperibile	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Servizio endocrinologico	
<b>Lombardia</b>	ASST Spedali Civili Brescia	Non riferimenti esplicativi		Servizio endocrinologico, Altro supporto medico specialistico	7
	Istituto Auxologico Italiano	Ben reperibile	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Servizio endocrinologico	
<b>Marche</b>	No				1
<b>Molise</b>	No				No
<b>Piemonte</b>	Centro Interdipartimentale Disforia di Genere	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato	Supporto psicologico (psic, psich), Servizio	2

	Molinette (CIDIGEM) - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino		multidisciplinare	endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico, Servizi offerti ai minori (neuropsic, endocrino, psic)	
	Ospedale Santa Croce	Non esplicitato		Chirurgia di affermazione di genere	
<b>Puglia</b>	Ambulatorio Disforia di Genere - Psichiatria - Ospedali Riuniti Foggia	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplinare	Supporto psicologico (psich), Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere	3
	Centro Regionale di Riferimento per la Disforia di Genere - AOU Policlinico Bari e day hospital	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplinare	Supporto psicologico (psich), Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico, Servizi offerti ai minori (neuropsic, endocrino, psic), supporto alle famiglie	
	Servizio Salute Transgender Taranto	Ben reperibile	Centro specializzato	Supporto psicologico (psic), Servizio endocrinologico, Altro supporto medico specialistico,	
<b>Sardegna</b>	UO Endocrinologia - Presidio Ospedaliero Duilio Casula Monserrato - AOU Cagliari	Non esplicitato	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Servizio endocrinologico, Altro supporto medico specialistico	2
	UOC Clinica Psichiatrica - AOU Cagliari	Non esplicito	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Supporto psicologico (psic, psich), Servizi offerti ai minori (psic, neuropsich), Supporto alle famiglie	
<b>Sicilia</b>	Ambulatorio Disforia di Genere, Unità Operativa Complessa di Psichiatria - AOU G. Martino Messina	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplinare	Supporto psicologico (psicologico, psich, assessment)	1
	AOU Policlinico "Paolo Giaccone"	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato	Supporto psicologico (psic), Servizio	

			multidisciplina re	endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico	
	Presidio Territoriale di Assistenza - ASP3 Catania	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplina re	Supporto psicologico (psic, psich), Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, consulenza legale, servizi offerti ai minori (neuropsich), supporto egale	
	Clinica del Mediterraneo In convenzione	Non riferimento esplicito		Chirurgia di affermazione di genere	
	SOD Andrologia, Endocrinologia Femminile, Incongruenza di Genere - AOU Careggi	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplina re	Supporto psicologico (psic), Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, Altro supporto medico specialistico, servizi offerti ai minori (neuropsich, psic, endocrinologo), supporto alle famiglie	9
	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa (AOUP)	Ben reperibile	Riferimento ad ambulatorio clinico generico - Servizio all'interno di attività clinica di routine	Mastectomia, chirurgia dei genitali, chirurgia ginecologica e chirurgia del volto.	
<b>Toscana</b>					
<b>Trentino AA</b>	Servizio Psicologico - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - Comprensorio Sanitario di Bolzano	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato multidisciplina re	Supporto psicologico (psic, PSICH), Servizio endocrinologico	2
<b>Umbria</b>	No				1
<b>Valle d'Aosta</b>	No				no
<b>Veneto</b>	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - UOC Medicina Generale A - Verona	Ben reperibile	Servizio dedicato multidisciplina re	Supporto psicologico (psicH), Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, servizi offerti ai minori (endocrino)	7
	Centro di Riferimento Regionale per	Ben reperibile	Ambulatorio dedicato	Supporto psicologico	

	<p>l'Incongruenza di Genere - UOC Andrologia e Medicina della Riproduzione - AOU Padova</p>		multidisciplinare	(psicH), Servizio endocrinologico, Chirurgia di affermazione di genere, altro supporto medico specialistico, servizio offerto ai minori (psico, neuropsich, endocrino), Supporto alle famiglie	
--	---	--	-------------------	--	--

## Allegato 7: Esempio uso Atlas.ti

The screenshot shows the Atlas.ti software interface. On the left, a document titled "intervista 2.docx" is open, displaying a transcription of an interview. The text discusses gender models and their impact on medical professionals. On the right, the "Code Manager" view is shown, listing various codes extracted from the text, such as "buone prassi", "cambiamento culturale", "cambio generazionale", "carriera alias", "clima positivo", "collaborazione multidisciplinare", "competenze", and "competenze necessarie". Each code is associated with a color, a count of quotations, and a comment.

The screenshot shows the "Code Manager" view in more detail. The table lists the following codes:

Name	Color	Groups	Quotations	Comment
buone prassi	Green	buone prassi	1	
cambiamento culturale	Red		2	
cambio generazionale	Red	contesto	3	
carriera alias	Blue	strumenti inclusivi	1	
clima positivo	Orange	contesto	4	
collaborazione multidisciplinare	Purple		1	
competenze	Yellow	ruolo	1	
competenze necessarie	Green	ruolo	2	

## Allegato 8: Analisi SWOT

Categoria	Macrotema	Tema	Descrizione	Occo.	Fattore
Punti di Forza	Aspetti istituzionali	Sistema sanitario pubblico universale (accessibilità) e riconoscimento istituzionale (legittimità)	Il sistema sanitario pubblico garantisce accesso gratuito ai servizi	1	Esterno
		Multidisciplinarità e specializzazione	Team composto da specialisti di diverse aree (psichiatria, endocrinologia, psicologia, ecc.) che garantiscono un percorso diagnostico e terapeutico di alta qualità.	8	Interno
	Aspetti organizzativi	Protocolli chiari (PDTA)	Protocolli chiari per diagnosi e trattamento, come i PDTA	6	Interno
		Flessibilità nell'accesso ai servizi	La flessibilità nell'accesso ai servizi si riferisce alla possibilità per i pazienti di accedere alle cure attraverso diversi canali e senza rigidità negli orari o nelle procedure. Ciò facilita l'inclusione di un numero maggiore di persone, rispondendo alle diverse esigenze e disponibilità dei pazienti.	2	Interno

	Supervisione e intervizione	La supervisione e l'intervizione all'interno del team sanitario sono pratiche fondamentali per garantire la qualità dei servizi offerti. Attraverso incontri regolari, il personale può condividere esperienze, discutere casi complessi e ricevere feedback, favorendo così un continuo miglioramento professionale e una maggiore coesione del team.	3	Interno
Aspetti clinici	Pazienti transgender come popolazione educata ai servizi	I pazienti transgender che si rivolgono ai servizi per la disforia di genere arrivano spesso già ben informati.	4	Esterno
	Supporto psicologico continuo	Il supporto psicologico fornito ai pazienti transgender non si limita alla fase iniziale di diagnosi, ma continua per tutta la durata del percorso, inclusi il monitoraggio degli effetti della terapia ormonale e degli eventuali interventi chirurgici.	3	Interno
Aspetti relazionali/sociali	Empatia e sensibilità	Pratiche di rispetto per i nomi e pronomi scelti dai pazienti	3	Interno
	Rete di supporto informale	Pazienti costruiscono reti di sostegno reciproco durante il percorso	3	Interno

Punti di Debolezza	Aspetti istituzionali	Disomogeneità nell'accesso ai servizi	Le disomogeneità nell'offerta di servizi tra regioni costringono molti pazienti a viaggiare lontano o a trasferirsi temporaneamente per ricevere cure.	4	Esterno
		Politiche sanitarie		5	Esterno
	Aspetti organizzativi	Carenze di risorse speciliatiche specifiche	Assenza di chirurghi specializzati per interventi specifici	3	Interno
		Accesso al servizio vincolato al passaparola	Modalità di accesso vincolato al passaparola per ottenere servizi appropriati, può non coprire tutta la popolazione interessata	2	Interno
		frequenza limitata del servizio	Limitata disponibilità di giorni di servizio	3	Esterno
		Mancanza di supporto strutturale	Assenza di strutture formali per il coordinamento tra i servizi dedicati alla disforia di genere, con conseguente disorganizzazione e confusione per i pazienti.	1	Esterno
		Frammentazione del percorso assistenziale	La frammentazione del percorso riguarda la difficoltà di mantenere una coerenza tra le diverse fasi della cura. I pazienti spesso devono passare da una specialità all'altra, creando confusione e rallentamenti. Ogni fase richiede passaggi aggiuntivi, che possono prolungare i tempi	1	Interno

			di diagnosi e trattamento .		
	Coordinamento centrale dei percorsi	Necessità di un coordinamento centrale dei percorsi assistenziali	3	Esterno	
Aspetti clinici	Tempi prolungati di diagnosi	I tempi di attesa per ottenere una diagnosi e l'accesso alle fasi successive del trattamento possono essere molto lunghi, ritardando il percorso terapeutico.	1	Esterno	
	Pazienti transgender come popolazione educata ai servizi	I pazienti transgender che si rivolgono ai servizi per la disforia di genere arrivano spesso già ben informati.	4	Esterno	
Aspetti formativi	Mancanza di formazione specifica del personale		3	Interno	
	Scarsa informazione dei medici di medicina generale (MMG)	La scarsa informazione e sensibilizzazione dei medici di medicina generale riguardo alla disforia di genere può rappresentare un ostacolo per i pazienti nel primo accesso ai servizi. I MMG, non essendo adeguatamente formati, potrebbero non riconoscere i	3	Esterno	

			bisogni specifici dei pazienti transgender o non indirizzarli correttamente verso i servizi specializzati.		
--	--	--	--	--	--

Opportunità	Aspetto istituzionale	Crescente sensibilità medicina di genere /cambiamenti sociali	Aumento della consapevolezza e della sensibilità verso la medicina di genere	2	Esterno
		Carriera Alias da introdurre per pazienti come in Paesi europei		1	Esterno
	Aspetti clinici	Personalizzazione delle cure	Trattamenti personalizzati basati sulle esigenze del singolo paziente	3	Esterno
		Creare rete fra servizi in varie regioni		4	Esterno
		Supporto delle associazioni lgbtq+ del territorio		8	Esterno
	Aspetti organizzativi	Supporto attivo dell'organizzazione		1	Esterno
		Formazione continua del personale	Formazione continua del personale sanitario dedicato ai servizi	4	Esterno
	Aspetti formativi	Sensibilizzazione e informazione a tutto il personale sanitario	La sensibilizzazione e la formazione del personale sanitario sono fondamentali per garantire che le persone transgender siano trattate con rispetto e competenza,	5	Esterno

			anche da personale amministrativo		
Aspetti istituzionali	Rischio di isolamento delle migliori pratiche	Le pratiche migliori sviluppate in alcune aree o centri rischiano di rimanere isolate e non essere implementate su scala nazionale a causa della frammentazione del sistema sanitario.	4	Esterno	
	Speculazione economica nel settore privato	L'accesso alle cure nel settore privato può essere più rapido ma molto costoso, mettendo a rischio l'accessibilità delle cure.	3	Esterno	
	Mobilità regionale dei pazienti	Le disomogeneità nell'offerta di servizi tra regioni costringono molti pazienti a viaggiare lontano o a trasferirsi temporaneamente per ricevere cure.	4	Esterno	
	Lentezza e incertezza normativa	La lentezza delle normative e la loro scarsa chiarezza creano incertezze che rallentano i processi decisionali e l'accesso ai trattamenti.	5	Esterno	

		Rischi legali	I rischi legali sono collegati alla possibilità che i professionisti della salute che operano nel contesto della disforia di genere possano affrontare denunce per questioni legate alla gestione della privacy, alla comunicazione del consenso informato, o all'uso di farmaci off-label. Questi rischi si moltiplicano in assenza di chiare normative nazionali, lasciando spazio a interpretazioni legali che potrebbero esporre i medici e i professionisti a controversie legali.	3	Esterno
		Influenza delle politiche nazionali/ Invisibilità della comunità LGBT nelle politiche	Questo tema si riferisce alla mancanza di riconoscimento istituzionale della comunità LGBT e all'assenza di politiche specifiche che ne tutelino i diritti, in particolare nel contesto sanitario.	6	Esterno
	Aspetti organizzativi	Carenza di risorse e personale	Carenza di personale formato/dedicato per gestire i pazienti	3	Esterno
	Dipendenza dal Passaparola	I pazienti si affidano al passaparola tra pari per ottenere informazioni e accesso ai servizi.	4	Esterno	

		Crea un imbuto e inequità nelle cure.		
		Problemi in altro servizio (es. endocrinologia - tempi d'attesa)	Lunghi tempi di attesa in altri reparti critici, come quello endocrinologico, che ritardano i trattamenti.	1 Esterno
	Aspetti relazionali/sociali	Autostigma e rinuncia alle cure da parte della comunità trans	Pregiudizi e stereotipi che portano i pazienti a evitare i trattamenti	4 Esterno
		Resistenza al Cambiamento	Questo tema fa riferimento alla resistenza sia culturale che istituzionale all'adozione di pratiche più inclusive e rispettose delle persone transgender.	4 Esterno
		Intolleranza sociale	Questo tema riguarda la persistenza di pregiudizi e ostilità verso la comunità LGBT, che si manifesta sia a livello sociale che nel contesto sanitario.	4 Esterno



## Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia profonda gratitudine a tutti coloro che mi hanno sostenuto e accompagnato lungo questo duro percorso, contribuendo al raggiungimento di questo traguardo.

In primo luogo, un ringraziamento sincero alla mia relatrice, Prof.ssa Landuzzi Maria Gabriella, per la sua guida e per avermi spronata a scoprire le mie potenzialità, oltre ai preziosi consigli e alla fiducia che mi ha trasmesso lungo il cammino; e alla mia correlatrice Prof.ssa Furri Laura, per la sua disponibilità e i suggerimenti che hanno arricchito questa ricerca. Il loro sostegno è stato importante per la realizzazione di questo lavoro.

Un ringraziamento speciale al mio silenzioso ma profondamente sensibile compagno di vita: grazie a te che hai saputo fare tutto senza bisogno di dire niente, che hai accompagnato e valorizzato ogni singolo piccolissimo momento passato insieme e che hai accolto con pazienza anche i miei momenti di frustrazione. Però, posso dire con orgoglio che ho vinto la sfida: laurea vs puzzle! Un sincero grazie enorme ai miei figli, che hanno saputo pazientemente aspettare ogni piccolo momento fra uno studio e l'altro. So che questo percorso è stato impegnativo anche per loro, perché lo abbiamo attraversato insieme; spero che questa esperienza abbia potuto trasmettere loro il valore dell'impegno e della costanza, e l'importanza di affrontare le sfide con coraggio e determinazione. La loro curiosità e la gioia per ogni progresso hanno illuminato i momenti più difficili. Non posso non lasciare un pensiero anche al mio amore a quattro zampe, Lime, rimasto sempre al mio fianco, anche nelle notti di studio più lunghe. Se potesse parlare, probabilmente spetterebbe una laurea anche a lui! Con la sua dolce presenza mi ha ricordato di fare qualche pausa e mi ha regalato momenti di spensieratezza e coccole infinite al bisogno.

Un grazie di cuore va a mia mamma e al mio papà, non solo per la loro presenza costante e il sostegno, ma anche per aver saputo riconoscere e apprezzare i miei sforzi. Nonostante le immancabili “tirate di orecchie” - per ricordarmi di andare piano, di fare di più la mamma, lavorare meno, ridimensionare le ambizioni e, perché no,

abbandonare il mio amore per il cibo cinese - il loro affetto e il loro incoraggiamento mi hanno regalato un supporto fondamentale lungo tutto il percorso.

Un ringraziamento sentito ai miei “suoceri preferiti”, sempre presenti, che con il loro affetto, la loro generosità e la loro disponibilità hanno saputo compensare diverse mie mancanze, regalandomi una tranquillità fondamentale per affrontare questo cammino. La loro vicinanza è stata di grande valore per me e per i miei ragazzi.

Grazie di cuore anche a mia sorella, che con i suoi consigli, il supporto tecnico e la sua capacità di riempire i “serbatoi emotivi” resta un pilastro indispensabile per me. Un pensiero speciale va anche a Marco e Valentina, che sono sempre stati presenti con la loro motivazione e il loro sostegno.

E un grazie davvero speciale alle mie amiche, la “gang del bosco”, con le quali abbiamo portato a termine questa “missione”. Con loro ho condiviso molto più che lo studio: viaggi, “parco giochi”, supervisione casi e tante risate che hanno reso piacevole anche i momenti più tosti. Abbiamo vissuto esperienze indescrivibili ognuna con il proprio contributo prezioso e unico. Non avrei potuto desiderare compagne migliori delle straordinarie componenti della “setta terp”.

Un grazie infinito va anche alle mie colleghe di lavoro, che hanno saputo comprendere e accettare la disorganizzazione e i ritmi a volte frenetici che questo percorso ha imposto. Hanno pazientemente accompagnato questi due anni, sostenendomi e mostrando grande comprensione nei momenti più intensi. Grazie alla loro pazienza, al loro incoraggiamento e alla loro flessibilità, che mi hanno permesso di affrontare con maggiore serenità le sfide di ogni giorno. La loro presenza è un supporto prezioso.