

# NARRAZIONI DI VOCI OLTRE I CONFINI: ACCESSO ALLE CURE PER IDENTITÀ NON ETERONORMATIVE

Rebecca Graziosi e Nicolò Maria Ingarra

## Abstract

Il diritto di accesso alle cure (ossia l'insieme di servizi funzionali a un completo stato di benessere psicofisico e sociale) è un principio che emerge da diverse fonti normative. Ciononostante, l'assenza di un approccio intersezionale ha ostacolato la visibilità dei migranti LGBTQAI+ nel campo dell'assistenza sanitaria. Pertanto, le loro vite sono state a lungo condannate a rimanere ai margini della legge e della politica. La presente ricerca qualitativa si propone di esplorare i fattori che possono impedire o ostacolare l'accesso alle cure. Le interviste semi-strutturate condotte con migranti non eteronormativi che vivono in Italia e con testimoni significativi che operano in associazioni per i diritti LGBTQAI+ hanno permesso di indagare le esperienze di cura. I risultati mostrano la natura variegata degli ostacoli incontrati, a partire dai problemi relazionali con il personale sanitario fino alle questioni burocratiche. Attraverso le parole degli intervistati sono state individuate possibili misure e interventi che potrebbero essere realizzati per migliorare l'accesso alle cure e rimuovere gli ostacoli. I risultati hanno suscitato riflessioni sulla necessità di fornire supporto e assistenza a livello multidimensionale.

Parole chiave: cura; LGBTQIA+; migranti; intersezionalità; salute.

Access to care for all (i.e. to the set of services functional to a complete state of psycho-physical and social well-being) is a right emerging from various normative sources. Notwithstanding, the absence of an intersectional approach has prevented LGBTQAI+ migrants from being given visibility in the field of healthcare. Thus, their lives have long been condemned to remain outside the frontiers of law and politics. This qualitative research aims to explore the factors that may impede or hinder access to care. The semi-structured interviews - conducted with non-heteronormative migrants living in Italy and expert witnesses from LGBTQAI+ rights

associations - consented to investigate the experiences with care. The results show the varied nature of the obstacles encountered, from the relational problems with healthcare staff to the bureaucratic issues. Possible measures and interventions that could be realized to improve access to care and remove the barriers are identified through the words of the interviewees. The findings stimulate reflections about the necessity to provide support and care on a multidimensional level.

Keywords: care; LGBTQIA+; migrants; intersectionality; health.

## Indice

1. Oltre i confini nazionali e di genere: l'invisibilità dei diritti nell'età dei diritti
2. Comprendere la discriminazione: gli effetti sulla salute delle persone LGBTQAI+ migranti e l'accesso alle cure
3. Metodi della ricerca
4. Risultati
  - 4.1 Gli ostacoli e le barriere all'accesso alle cure
    - 4.1.1 Ostacoli burocratici ed economici
    - 4.1.2 La lingua come privilegio, gli ostacoli culturali e i pregiudizi
    - 4.1.3 "Ho sempre evitato non dicendo". Quando il relazionarsi diventa un ostacolo
    - 4.1.4 La questione centro-periferia e il problema della mobilità
  - 4.2 Quali misure, interventi e soluzioni possibili?
5. Discussione e conclusioni

## Bibliografia

### 1. Oltre i confini nazionali e di genere: l'invisibilità dei diritti nell'età dei diritti

La differenza non deve essere solo tollerata, ma vista come una riserva di quelle necessarie polarità tra le quali la nostra creatività può fare scintille come una dialettica. Solo allora la necessità dell'interdipendenza cessa di essere minacciosa. Solo all'interno di quella interdipendenza di forze differenti, riconosciute e uguali, il potere di cercare nuovi modi di essere nel mondo diventa generativo, e con esso il coraggio e il sostegno per agire senza modelli prestabiliti (Lorde, 2014, p.118).

Nell'età dei diritti umani parlare della loro invisibilità può sembrare solo un'occasione per discutere provocatoriamente sul paradosso tra teoria e prassi dei diritti stessi. Al contrario, l'intento delle riflessioni sulle condizioni e le vite delle persone LGBTQIA+<sup>19</sup> migranti, o percepite tali, intende piuttosto gettare luce su una parte di umanità oscurata a causa dell'intersezione tra genere e confini nazionali che li pone marcatamente al di fuori di quelle tradizionali frontiere del diritto e della politica (Corti e Matucci, 2019). Se i diritti umani delle persone migranti subiscono già un primo «svuotamento» (Gasparini, 2021) per ragioni territoriali, l'intersecarsi di discriminazioni di genere produce un ulteriore sconfinamento all'esterno di quei tradizionali perimetri del binarismo. Il genere d'altronde rappresenta «un campo politico entro cui esercitare uno scontro sempre più aspro tra i movimenti della destra radicale e le soggettività LGBTQ+» così come «l'attacco alla presunta “ideologia gender” ha ormai prodotto un vasto repertorio discorsivo e di azioni politiche» (Mostaccio e Raffa, 2022, p. 10) che tende a polarizzare sempre più quella dicotomia noi/loro.

La vulnerabilizzazione a cui dà vita tale intrecciarsi di condizioni di vita è stata poco affrontata dalla letteratura, adombrata principalmente dall'attenzione rivolta con lenti monofocali sull'aspetto migratorio o su quello di genere. Per un verso, è certamente da sottolineare che, da un punto di vista di teoria e prassi dei diritti umani, le persone migranti LGBTQI+ possiedono un diritto alla protezione internazionale in quanto appartenenti a «un determinato gruppo sociale», in applicazione dell'art. 1 della Convenzione di Ginevra del 1951. Ciò nonostante, è impossibile non evidenziare come lo stesso dispositivo, che sul piano dei diritti umani rappresenta il tentativo di tutelare l'intersezione tra migrazione e genere/orientamento sessuale - il dispositivo di protezione internazionale SOGI (sexual orientation and gender identity<sup>20</sup>) - sia comunque espressione di un sistema carico di violenza simbolica. Del resto, le soggettività a cui il

---

<sup>19</sup> Con l'acronimo LGBTQAI+ si intende Comunità Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersessuali, Asessuali e altro. In questa ricerca si è deciso di utilizzare tale acronimo nella sua accezione più inclusiva. Laddove compaia una diversa sigla si specifica che è dovuto alla necessità di riportare una citazione testuale in maniera letterale.

<sup>20</sup> A tal proposito, si rinvia alla Raccomandazione CM/Rec (2010)5 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri sulle misure volte a combattere la discriminazione fondata sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere. Con l'approvazione della Raccomandazione da parte di tutti gli Stati Membri si garantisce il pieno godimento dei diritti umani per le persone gay, lesbiche, bisessuali e transessuali/transgender. Il Consiglio d'Europa si impegna a promuovere i diritti e la dignità di ogni individuo combattendo la discriminazione, la violenza, l'emarginazione e l'esclusione sociale.

diritto d'asilo è accordato «vengono selettivamente inserite nel processo di protezione che questo dispositivo garantisce a seconda della *verità* che riescono a produrre sulla propria identità sessuale» (Guaraldo, 2020, p. 9). Si instaura, pertanto, un meccanismo non dissimile dalla vittimizzazione secondaria: la protezione è subordinata alla produzione di una verità sulla propria vulnerabilità.

Sul piano transfrontaliero e internazionale il mancato riconoscimento del diritto all'autodeterminazione di genere<sup>21</sup> “genera” per così dire ulteriori incertezze e difficoltà nell'ascolto di coloro che vivono giornalmente situazioni di frontiera nel tentativo di cercare quella tutela della propria dignità di persona e ciò proprio a partire dalla necessità di dover provare la propria “condizione”. Questo è riscontrabile non solo nei contesti di concessione di protezione internazionale, ma anche nell'accesso alle cure. Il “fragile” percorso di depatologizzazione delle soggettività transgender (Sartorelli, 2023) appare, infatti, ancora accidentato. D'altronde, nella prima edizione del Manuale Diagnostico delle Malattie Mentali (DSM-I del 1952), l'omosessualità era catalogata all'interno dei Disturbi Sociopatici di Personalità e soltanto nel 1973 l'American Psychiatric Association (APA) ha proceduto a rimuoverla per prima dalla lista delle patologie mentali. Pertanto, da un punto di vista clinico, la richiesta di documenti attestanti la disforia di genere può risultare qualitativamente incongrua rispetto agli avanzamenti scientifici: con la pubblicazione dell'ICD-11 dal 18 giugno 2018, l'OMS ha avviato un processo di demedicalizzazione della disforia di genere (ora *incongruenza*), generando un conseguente adeguamento della manualistica diagnostica di riferimento.

Nel contesto in cui la polarizzazione tra esclusione e inclusione appare generare soggettività sempre più vulnerabili, sembra che il diritto all'accesso alle cure e al sistema sanitario in generale possa fornire una cartina tornasole per comprendere effettivamente l'effetto di quella marginalizzazione politico-normativa e sociale a cui è stata sottoposta tale parte di umanità nell'esercizio di quel diritto ad avere diritti che trascende i confini. Del resto, lo stesso Bobbio affermava come «il riconoscimento di alcuni diritti sociali fondamentali sia il presupposto o la precondizione di un effettivo esercizio dei diritti di libertà. L'individuo istruito è più libero di uno incolto; un individuo che ha un lavoro è

---

<sup>21</sup> Si consideri esemplificativamente la risoluzione PACE 2048 (<https://pace.coe.int/en/files/21736/htm>) del 22 Aprile 2015, che, in termini di equità e di non discriminazione, al punto 4 fa esplicito riferimento al principio di auto-determinazione di genere.

più libero di un disoccupato; un uomo sano è più libero di un malato» (Bobbio, 1999, p.465). Sulla carta, la disciplina dell'accesso alle cure per le persone migranti in Italia garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini stranieri presenti. Tuttavia, non senza differenze: per le persone straniere regolarmente sul territorio nazionale è previsto lo stesso trattamento riservato ai cittadini italiani, mentre a chi non possiede un regolare permesso sono assicurate soltanto le cure urgenti, essenziali e continuative, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, la tutela della maternità e dei minori<sup>22</sup>. Indipendentemente dal fatto che l'identità di genere, l'espressione di genere e/o l'orientamento sessuale siano o meno il motivo della migrazione, o che siano alla base dello status di rifugiato o richiedente asilo, l'identità non eteronormativa complica l'esperienza nel Paese ospitante: le barriere linguistiche e culturali riducono già l'accesso di migranti, rifugiati/e e richiedenti asilo all'assistenza sanitaria e l'identità non eteronormativa agisce come un'ulteriore barriera tra il diritto umano all'assistenza sanitaria e l'accesso alle cure (Namer & Razum, 2018).

Punto da cui si intende ripartire è, dunque, la ricostruzione di quella vulnerabilità narrativa delle persone migranti che non rientrano nei dettami eteronormativi (Prearo, 2020, p. 67), attraverso la voce e i vissuti di coloro che dai margini dei confini del diritto territoriale e del genere si trovano a dover accedere alle cure e alle prestazioni sanitarie. Nel fare ciò, è necessario fare ancora alcune considerazioni. Innanzitutto, la stessa ricerca di una definizione di migrante così come quella di persone LGBTQI+ rischia di focalizzare la ricerca all'interno di nuove barriere epistemologiche o ereditare i limiti delle definizioni del *policy-maker* (Fumagalli, 2021). Pertanto, nel tentativo di guardare ai contesti si prenderà in esame, da una parte, una concezione ampia di migrante, ponendo l'accento sull'aspetto del movimento, dello spostamento, da un Paese europeo o extraeuropeo all'Italia e che si inserisca nell'ambito di un qualsiasi tipo di percorso di vita. Dall'altra,

---

<sup>22</sup> Il diritto degli individui (non solo dei cittadini) di accedere alle cure sanitarie sul territorio nazionale è un principio che trova il proprio fondamento in diverse fonti normative, in primo luogo nella Costituzione (art. 32) e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35), oltre che in disposizioni di legge ordinaria (DLvo 25 luglio 1998, n. 286, art. 35, comma 3). Si specifica, inoltre, che alle persone straniere temporaneamente presenti in Italia e non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno può essere rilasciato un tesserino di iscrizione al Servizio Sanitario (STP, Straniero Temporaneamente Presente), a carattere temporaneo (6 mesi), rinnovabile. Il codice STP può essere rilasciato, comunque, esclusivamente a cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea (né a Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein), presenti irregolarmente sul territorio nazionale, nei cui confronti vigono accordi specifici a livello sovranazionale o internazionale.

si darà pieno significato all'autodeterminazione nel considerare persone LGBTQI+ coloro che, percependo di appartenere o meno a una comunità, si ritengono al di fuori delle regole dettate dall'eteronormatività su cui il diritto e la politica hanno costruito le proprie trame. In quest'ottica, appare altrettanto imprescindibile l'importanza non solo di una comprensione ampiamente interdisciplinare, ma soprattutto intersezionale, che cioè «definisce processi variabili di trasformazione dei diritti umani originati dall'intersezione tra due o più qualità dell'identità personale» (Ferrari et al., 2022, p.12).

## 2. Comprendere la discriminazione: gli effetti sulla salute delle persone LGBTQAI+ migranti e l'accesso alle cure

La discriminazione e i pregiudizi nei confronti delle persone LGBT possono influenzare l'accesso alle cure, anche a causa della concezione eteronormativa del personale sanitario (Alencar Albuquerque et al., 2016). Una serie di difficoltà affrontate dalle persone LGBT nell'accedere alle cure è stata individuata negli studi considerati nella revisione sistematica di Alencar Albuquerque et al. (2016), tra cui: differenze nell'assistenza sanitaria fondate sull'orientamento sessuale, pregiudizi e difficoltà di comunicazione con il personale sanitario, mancata osservanza del principio di riservatezza, episodi in cui è stato rivelato l'orientamento sessuale, omofobia interiorizzata e differenze di trattamento in base all'età del paziente LGBT. Le difficoltà di comunicazione con lo staff sanitario - che possono originare dalla paura di vedere rivelato il proprio orientamento sessuale o più in generale di ravvisare comportamenti omofobi - suscitano riflessioni circa la formazione professionale in questo ambito e le misure atte a impedire l'abbandono dei servizi sanitari (Alencar Albuquerque et al., 2016). Nel caso delle persone transessuali, il rischio che evitino di richiedere servizi di cura - a causa del timore di non ottenere un trattamento adeguato - aumenta tra gli uomini trans piuttosto che tra le donne trans, secondo una ricerca di Kcomt et al. (2020). Inoltre, fattori di tipo razziale o di appartenenza etnica, come le condizioni di povertà, possono aumentare la probabilità di rinuncia alle cure, anche denominata *healthcare avoidance* (Kcomt et al., 2020). Anche le persone transessuali che appaiono meno conformi a livello visuale presentano un rischio maggiore di sottrarsi alle cure rispetto a coloro che sono maggiormente conformi

(*visual conformity*) (Kcomt et., 2020). Lo studio condotto da Shires e Jafee (2015) su persone transessuali FTM (*female to male*) negli Stati Uniti ha invece rivelato che oltre il 40% di coloro che hanno partecipato alla ricerca ha subito episodi di violenza verbale o aggressione fisica, o hanno visto negato il proprio diritto ad un'equa assistenza in contesti ospedalieri o ambulatoriali. Tuttavia, la probabilità di subire trattamenti discriminatori in ambiti di cura risulta più consistente tra le persone partecipanti allo studio con basso reddito, Nativi Americani e multirazziali (Shires e Jafee, 2015).

Dallo studio di Hsieh e Ruther (2016) emerge la complessità della relazione tra genere, sessualità, appartenenza etnica o razziale, che può impattare in maniera diversa sulla salute. Difatti, un'indagine qualitativa condotta in Svezia con migranti LGBTQ si è soffermata su tre dimensioni: passato, il presente e il futuro (Kostenius et al., 2022). Un passato caratterizzato dal rischio e dalla paura di cadere vittima di omicidio, anche a causa della guerra e della persecuzione politica- con i conseguenti effetti sulla salute dovuti alla depressione, l'ansia e lo stress- è seguito da un presente in cui il cambiamento positivo avviene nel momento in cui si viene assistiti. Per quanto riguarda le prospettive future, i partecipanti oscillano tra la volontà di aiutare il prossimo e la paura di quello che potrà accadere, tra cui la paura di dover tornare al proprio paese (Kostenius et al., 2022). Secondo i risultati della revisione sistematica qualitativa di Nematy, Namer e Razum (2022), le persone rifugiate e richiedenti asilo LGBTQI+ spesso esperiscono discriminazione, violenza e sfruttamento prima, durante e dopo il processo migratorio. Le condizioni di salute mentale sembrano innestarsi con discriminazioni di tipo strutturale; infatti, tra le principali cause del disagio vissuto dalle persone LGBTQI+ migranti rientrano le esperienze violente e discriminatorie, i problemi di salute mentale mai risolti, le difficoltà legate al sistema di asilo e il limitato accesso ai servizi di salute mentale (Nematy, Namer e Razum, 2022).

### 3. Metodi della ricerca

Lo studio qualitativo si propone di esplorare quei fattori che possono ostacolare o impedire l'accesso alle cure delle persone LGBTQAI+ migranti in Italia, cercando di individuare possibili soluzioni e misure. In particolare, la ricerca ipotizza che le differenti

esperienze vissute da queste ultime in ambito sanitario possano derivare dall'effetto dell'intersezione identità di genere/orientamento sessuale con etnia/razza. L'omofobia, il razzismo, l'esclusione sociale nonché gli ulteriori ostacoli che si trovano ad affrontare le persone migranti con identità non eteronormativa potrebbero agire congiuntamente, influenzando l'accesso ai servizi sanitari e di cura.

Al fine di indagare un tema poco affrontato dalla letteratura, lo studio adotta i metodi di ricerca della Grounded Theory, quale approccio flessibile che consente di generare nuove teorie (Charmaz, 2014; Glaser e Strauss, 1999). Lo strumento utilizzato è quello dell'intervista semi-strutturata con un campionamento a valanga dei casi. Inoltre, sono state contattate associazioni e realtà che si occupano di migrazioni e questioni di genere/orientamento sessuale. Sono state intervistate otto persone migranti che si identificano come LGBTQAI+ e vivono in Italia da un tempo sufficiente a sostenere un colloquio in lingua italiana. Sono state incluse nel campione persone migranti di prima e seconda generazione. Le interviste hanno coinvolto anche tre testimoni significativi che operano in associazioni in difesa dei diritti LGBTQAI+, ricoprendo diversi ruoli. Le interviste si sono svolte online per consentire una maggiore copertura sul territorio nazionale. Le persone che hanno partecipato allo studio provengono da diverse zone geografiche del mondo, tra cui America Latina, Europa centrale, Europa orientale e Medio Oriente. L'età delle persone intervistate che si identificano come LGBTQAI+ va dai 20 ai 50 anni, di cui una sola persona con meno di 30 anni. Il livello di istruzione delle persone intervistate risulta alto, in quanto nessuna ha conseguito un titolo di studio minore del diploma superiore. In aggiunta, la maggioranza è giunta in Italia successivamente alla nascita avvenuta all'estero.

Dopo aver proceduto alla trascrizione completa delle interviste, sono stati realizzati tre livelli di codifica: iniziale, focalizzata e teorica (Charmaz, 2014). Dall'analisi delle interviste sono state individuate due macro-categorie: gli ostacoli e le barriere all'accesso alle cure; le misure, gli interventi e le soluzioni. La prima categoria consente di indagare la natura degli impedimenti che rendono difficoltoso l'accesso alle cure per le persone LGBTQAI+ migranti. La seconda, invece, intende mettere in luce le possibili misure che potrebbero assicurare il diritto alla salute a questo tipo di identità.

## 4. Risultati

La conduzione delle interviste ha permesso di rivolgere lo sguardo verso le esperienze di vita di persone spesso invisibilizzate e marginalizzate, a causa dell'identità di genere, l'orientamento sessuale e l'appartenenza etnica o razziale. In particolare, il focus sull'accesso alle cure ha consentito di ottenere un quadro generale degli impedimenti che possono ledere il diritto alla salute. I risultati mostrano infatti una natura variegata degli ostacoli che possono rendere difficoltoso l'accesso ai luoghi della cura, quali i problemi di carattere burocratico, economico, culturale e relazionale con il personale medico-sanitario, i pregiudizi nei confronti delle persone LGBTQAI+ e migranti, le barriere linguistiche e le questioni legate alla mobilità sul territorio. A partire dalle problematiche emerse, è possibile aprire una riflessione su quali soluzioni potrebbero essere intraprese per migliorare l'accessibilità delle cure. A tal proposito, le testimonianze significative sono state utili a individuare alcune possibili misure e interventi.

### 4.1 Gli ostacoli e le barriere all'accesso alle cure

Le diverse voci delle persone intervistate - provenienti da contesti sociali, culturali, geografici e da differenti esigenze di cura - hanno portato alla luce la complessità ed eterogeneità degli ostacoli che possono limitare o a volte impedire l'accesso alle cure. Queste barriere non devono essere intese in maniera monolitica, ma come fattori che interagiscono, rendendo difficoltosa l'esperienza di cura. Ai fini esplicativi, sono stati identificati vari tipi di ostacolo: burocratico, economico, relazionale, culturale, linguistico e problemi di mobilità.

#### 4.1.1 Ostacoli burocratici ed economici

Gli impedimenti di carattere burocratico riguardano in maniera trasversale sia la condizione di migrante sia l'appartenenza alla comunità LGBTQAI+, intrecciandosi e dando vita a un diverso tipo di ostacolo. Le difficoltà relative alle procedure per la richiesta della tessera sanitaria riguardano in particolar modo le persone straniere e richiedenti asilo. Ad esempio, come raccontato, per l'accesso ai medicinali le persone

sieropositive devono attendere l'emissione dell'STP (il codice per lo Straniero Temporaneamente Presente), che può essere richiesto dopo tre mesi di permanenza in Italia. Anche la difficoltà nello scegliere o cambiare la medica o il medico di base è stata riscontrata, non soltanto per motivi legati allo status di migrante, ma anche per ragioni relative alla propria identità di genere.

“Quando dovevo cambiare il medico di base è stato veramente difficile, perché addirittura mi hanno detto una volta che...se ero io, no? Quindi le ho detto: ‘Sì, sono io’, e quindi anche lì, ho dovuto anche moderare.... non moderare, fare la mia voce più maschile [...]” (migrante LGBTQAI+, 003)

Inoltre, altri ostacoli burocratici possono in qualche modo forzare la persona a fornire i propri dati personali o comunque a esplicitare la propria identità di genere/orientamento sessuale, soprattutto quando la persona accompagna il proprio partner o necessita di accompagnamento.

“[...] ti fanno firmare, no, delle deleghe per capire un familiare: a questo punto io ho dovuto spiegare che non sono ancora sposata con la mia compagna, quindi stiamo insieme, non siamo sposati, non c'è nulla, però è lei che in futuro deve venire, per tipo, le visite.” (migrante LGBTQAI+, 008)

“[...] per qualsiasi motivo sto male, devo firmare dei consensi e mi chiedono dei familiari, io sono con la mia compagna, ma non è considerata come la mia compagna, è considerata come la mia amica o un referente altro. Quindi, questo. Soprattutto questo sarebbe la mia paura. Che poi se la persona è tua amica, ti dicono che è tua amica, non ha diritto né a vederti, né a assisterti, né a accompagnarti.” (migrante LGBTQAI+, 009)

Tra gli ostacoli burocratici rientrano le lunghe tempistiche per ottenere prestazioni sanitarie e operazioni chirurgiche. Le cosiddette lungaggini possono risultare particolarmente invalidanti nel caso delle persone trans:

“Magari, come si sa, la nostra sanità è lenta; quindi, magari alcune analisi che io avrei bisogno di fare nell'immediato non posso farle nella sanità pubblica e mi tocca magari pagare anche molto per andare in delle strutture private.” (migrante LGBTQAI+, 002)

Inoltre, come emerso dal racconto di un testimone significativo, alcune criticità individuate riguardano invece l'ostacolo economico, che può incidere negativamente sul percorso di affermazione di genere. Nel caso in esame, una persona trans ha dovuto scegliere di sottoporsi a un intervento meno invasivo per motivi economici, non potendo

assentarsi dal lavoro per un periodo prolungato:

“[...] quindi diciamo si è scelta una strada di minor, come dire, qualità della vita poi sul lungo periodo, per evitare di dover fare compromessi troppo grandi sul breve.” (testimone significativo 1)

#### 4.1.2 La lingua come privilegio, gli ostacoli culturali e i pregiudizi

“Noi prima di tutto si doveva imparare l'italiano, si doveva imparare a vivere, a fare delle cose completamente nuove.” (migrante LGBTQAI+, 008)

Conoscere la lingua italiana diventa un privilegio agli occhi delle persone intervistate, che si sono trovate a dover affrontare questioni burocratiche, a doversi relazionare con il personale di cura e a prenotare prestazioni sanitarie. Dai seguenti estratti si evidenzia infatti come il livello e il supporto linguistico possa in qualche modo influenzare il rapporto con il personale di cura:

“Sì, solo quando te parla l'italiano come lo parlo io e capiscono che non sono di qua, [...] subito il comportamento della persona è mantenere un po' la lontananza” (migrante LGBTQAI+, 010)

“Quel periodo si parlava già un pochino di più in italiano, quindi per capire le cose non è stato così difficile anzi sono stati molto carini. Più che altro anche perché con questa associazione quasi abbiamo fatto tutto, era il nostro sostegno quotidiano.” (migrante LGBTQAI+, 008)

Oltre a ciò, fattori di tipo culturale e pregiudizi nei confronti sia delle persone LGBTQAI+ che delle persone straniere sembrano influenzare l'accesso alla sanità, creando specifici ostacoli alla cura. Difatti, il principio di autodeterminazione di genere spesso non viene preso in considerazione e tutelato come fattore cruciale per il benessere della persona. Nel caso delle persone migranti con identità non eteronormative, ci si scontra con una concezione patologizzante dell'omosessualità e della transessualità; ciò si riscontra nel dover dimostrare, far comprendere, informare circa la propria sessualità e/o identità di genere ed esplicitare la necessità di particolari esigenze di cura.

“Volevo fare dei vaccini per quanto riguarda l'epatite e sapevo che potevo fare questi vaccini gratuitamente, in quanto appartenente alla comunità LGBT e quindi ritenuto categoria a rischio, che secondo me anche semplicemente questo fatto è discriminante.”

(migrante LGBTQAI+, 003)

“Purtroppo, abbiamo avuto esperienze invece di persone, ad esempio, medici endocrinologi molto attaccati ancora a un paradigma patologizzante. Per cui la persona trans, ad esempio, è una persona da curare ed è per questo che si fa la terapia ormonale, perché si cura qualche cosa. Ci sono, ad esempio, ancora tanti medici attaccati a quel paradigma del comportamento a rischio della... della categoria a rischio e non del comportamento a rischio.” (testimone significativo 1)

“[...] ci sono, appunto, state parecchie situazioni in cui invece l'identità sessuale della persona straniera non viene creduta [...].” (testimone significativo 1)

#### 4.1.3 “Ho sempre evitato non dicendo”. Quando il relazionarsi diventa un ostacolo

Nell'ostacolo definito relazionale è centrale invece il rapporto diretto tra la persona richiedente le cure e il personale sanitario. Le cause di questo ostacolo sono da rinvenire nelle esperienze negative vissute o percepite tali da parte da chi richiede le cure e avrebbero come conseguente effetto una percezione di disagio ad informare circa la propria sessualità, il timore a recarsi presso le strutture sanitarie e anche talvolta la rinuncia alle cure stesse, come è stato suggerito anche dalla letteratura.

Per quanto riguarda le esperienze negative, è emerso come spesso sia stata percepita da parte delle persone intervistate una mancanza di ascolto e/o di sensibilità e rispetto della privacy durante le visite o gli esami, riscontrabile anche nel chiedere il genere della persona o nell'uso del deadname:

“Quindi vedere già una persona davanti, secondo me la cosa più appropriata è chiamarla per il cognome, non per il nome.” (migrante LGBTQAI+, 003)

“Mi sono sentito un po', come dire un po', ecco oggettificato o comunque no, sono sentito un po' come se questo medico avesse il pregiudizio del fatto che i gay fossero promiscui a prescindere e quindi ecco il timore c'è da questo punto di vista, nel senso che tu pensi un po' no, hai paura di essere giudicato.” (migrante LGBTQAI+, 002)

È stato, inoltre, evidenziato come elemento negativo l'inesistenza di un posto dedicato alle persone trans nel reparto di emergenza:

“E quindi quando sono stata ricoverata, è stato una cosa che ti dico... bella da un certo

punto, perché mi sono sentita protetta e mi sono sentita che mi hanno ricoverato in un modo molto umano, però allo stesso tempo ho visto anche la loro difficoltà in dove mettermi.” (migrante LGBTQAI+, 003)

Per quanto riguarda, la reticenza o meno ad informare circa la propria identità di genere e/o orientamento sessuale, sono principalmente le persone che si identificano come gay o lesbiche ad avere maggiore disagio e reticenza nell’esporsi:

“Lo farei, ma magari non mi sentirei al 100% a mio agio [...] Magari se me lo chiedevi qualche anno fa, nonostante io non fossi aperto, dichiarato, però magari con un dottore che non conoscevo eccetera, mi sarei sentito più a mio agio a dire il mio orientamento.” (migrante LGBTQAI+, 002)

“Ho sempre evitato non dicendo.” (migrante LGBTQAI+, 004)

Gli effetti di questi ostacoli, che scaturiscono da esperienze negative nella relazione con chi dovrebbe fornire le cure, potrebbero materializzarsi anche nel timore di recarsi presso le strutture sanitarie o addirittura nella rinuncia alle cure. Ad esempio, una delle persone intervistate ha dichiarato di aver timore a recarsi presso strutture di cura per paura di incontrare personale non adeguatamente formato e informato, ma anche per questioni di tipo burocratico. La maggior parte delle persone intervistate si è mostrata non del tutto soddisfatta dalla formazione del personale sanitario riguardo alla gestione delle esigenze delle persone LGBTQI+ migranti: la maggior parte ha infatti riferito di aver percepito che la sensibilità del personale dipende per lo più da fattori personali e di contesto, variando da situazione a situazione.

“Volevo fare dei vaccini per quanto riguarda l’epatite e sapevo che potevo fare questi vaccini gratuitamente, in quanto appartenente alla comunità LGBT e quindi ritenuto che categoria a rischio, che secondo me anche semplicemente questo fatto è discriminante. Però comunque mi vergognavo, perché sarei dovuto andare a chiederlo al mio medico di base e quindi il mio medico di base avrebbe saputo il mio orientamento sessuale. Poi all'epoca non ero dichiarato nei confronti dei genitori e quindi avevo paura, no che si venisse a sapere.” (migrante LGBTQAI+, 002)

#### 4.1.4 La questione centro-periferia e il problema della mobilità

Un aspetto non secondario in tema di accesso alla salute riguarda il problema della mobilità, legato spesso alla questione centro-periferia. Nelle interviste alle persone LGBTQAI+ migranti sono state evidenziate alcune difficoltà relative al vivere in zone periferiche, come i piccoli centri urbani o le zone rurali. La distanza dai servizi di cura può rendere difficoltoso spostarsi in caso di necessità, al punto da condurre la persona a limitare la richiesta di assistenza solo per esigenze di salute più gravi o urgenti:

“Non avevo la macchina, non sapevo come andare perché con i mezzi, una volta avevo una ferita all'occhio, vedevo male e non sapevo come andare, senza amici non ci sarei riuscita ad andare perché non c'è niente di vicino.” (migrante LGBTQAI+, 004)

“[...] però non sono troppo vicina per andare per qualsiasi cosa. Ho avuto questa esperienza [...], perché si doveva, però dopodiché non sono andata per una cura medica per qualsiasi cosa. Quindi, se mi viene raffreddore e queste cose non è che vado.” (migrante LGBTQAI+, 008)

Inoltre, due delle persone intervistate percepiscono il contesto urbano come più aperto e accogliente, in quanto il personale di cura viene considerato più avvezzo a lavorare con pazienti provenienti da diversi background.

“Soprattutto nei grandi centri urbani, e magari credo che nei piccoli centri urbani [...] ci sia meno attenzione rispetto a queste cose, a...rispetto magari a diverse culture che hanno diverse necessità.” (migrante LGBTQAI+, 002)

#### 4.2 Quali misure, interventi e soluzioni possibili?

Trasversalmente a molte delle categorie fin qui presentate è emersa l'importanza di ottenere il supporto di un'associazione che possa fornire una guida nelle procedure burocratiche, supporto linguistico, accompagnamento e informazioni. Ragionando sulle misure che possono essere attuate per cercare di mitigare gli ostacoli all'accesso alle cure, può essere necessario tenere in considerazione il ruolo che l'associazionismo presente sul territorio può ricoprire. A partire dalle interviste e dalle testimonianze delle persone esperte in tema, è possibile delineare una serie di soluzioni. In particolare, le misure più menzionate sono legate alla formazione e l'informazione del personale medico-sanitario

e delle persone LGBTQAI+ migrante, oltre al supporto e l'accompagnamento di queste ultime.

“[...] Oppure non sapevano che il test HIV è gratis o che il vaccino per il papilloma per gli MSM è gratis. O che, non lo so, si può richiedere l'esenzione del ticket per motivi di reddito. Quindi, insomma, c'è da fare anche delle campagne informative di senso, che garantiscano l'accesso alle informazioni, perché se una persona non ha accesso alle informazioni non è possibile neanche pensare poi di strutturare coerentemente un percorso di integrazione all'interno del sistema sanitario.” (testimone significativo 1)

“La scarsa informazione magari che si ha sia negli ospedali che in generale sui...ad esempio, sui preservativi per le donne. La poca informazione o non informazione su come avere una cura specifica nell'ambito sessuale. Sarebbe, cioè, magari non per me, ma in generale per le donne più piccole, ragazze più piccole che sono entrate in un'età dove devono magari scoprire la loro sessualità, ma non hanno accesso a nessuna di questa informazione.” (migrante LGBTQAI+, 009)

Una misura che potrebbe essere presa in considerazione è la carriera alias<sup>23</sup> per l'accesso alla sanità, come avviene nell'ambito dell'educazione.

“Allora, una prima soluzione potrebbe essere l'uso dell'identità alias per l'accesso alla sanità, che ci rendiamo conto essere estremamente complicato, perché la sanità è legata al codice fiscale” (testimone significativo 1)

Un'altra soluzione, a partire dalla proposta di un testimone significativo, vede la creazione di un database nazionale, consultabile online, che possa consentire alle persone LGBTQAI+ migranti di accedere in autonomia ai percorsi di cura. La persona intervistata sostiene che una buona pratica di questo tipo potrebbe fornire informazioni utili in varie lingue per rendere le persone straniere indipendenti nell'accesso alle cure. Inoltre, la proposta include l'estensione di questo strumento anche alle persone con HIV.

La formazione per il personale di cura risulta particolarmente necessaria sulle questioni riguardanti la transessualità e il non-binarismo di genere, come l'uso dei pronomi, del nome elettivo o soltanto del cognome.

---

<sup>23</sup> La Carriera Alias è una policy che nasce al fine di garantire l'attribuzione di una identità transitoria consentendo la sostituzione del nome anagrafico con il “nome di elezione” scelto. Sul tema si veda Francesca Galgano e Maria Sarah Papillo (a cura di), *Diversity Management. Nuove frontiere dell'inclusione e sfide per i C.U.G. universitari*, Napoli, Federico II University Press, 2020.

“Se vogliamo fare qualcosa iniziamo proprio da capo, formazione dal livello proprio di pronomi, si inizia da li. Pronomi e il nome preferito, e cioè, uno. Due. C'è anche questa paura di trattare le persone trans [...] e allora dobbiamo formarli per poter trattarli come qualsiasi altra persona” (migrante LGBTQAI+, 001)

“Se non incontriamo queste persone, se non abbiamo un rapporto con le persone così, cioè alla fine rimaniamo con questa: “Noi e loro”, questa separazione e quando, cioè, loro sono così, non so come trattarli. Non siamo loro. Siamo noi, siamo tutti noi. Trattami come tratti “noi”. No?” (migrante LGBTQAI+, 001)

“Sicuramente formazione al personale sanitario e in qualche modo sostenere un po' lo sviluppo di una sensibilità del personale sanitario verso queste tematiche e chiaramente anche una rimodulazione del lavoro, cioè ovviamente il personale sanitario meno stressato [...]” (testimone significativo 2)

“[...] può essere fatto di chiamare per cognome, si fa molto spesso, ormai viene fatto per evitare di fare outing rispetto a una persona in transizione.” (testimone significativo 3)

## 5. Discussione e conclusioni

In ottica intersezionale, gli ostacoli individuati danno origine a discriminazioni che interagiscono tra loro in modi differenti. Makkonen (2002) fornisce la definizione di tre diversi tipi di discriminazione: *multiple discrimination* avviene quando in situazioni distinte si affrontano discriminazioni su basi diverse; *compound discrimination* si riscontra in un contesto specifico in cui si sommano discriminazioni diverse; *intersectional discrimination* indica l'interazione congiunta e simultanea di diverse discriminazioni. Focalizzandoci sull'ambito della salute è stato, d'altronde, evidenziato come sia proprio la discriminazione intersezionale ad essere la più ricorrente (Solanke, 2017). Da quanto emerso nei risultati le discriminazioni a cui sono sottoposte le persone LGBTQAI+ nell'accesso alle cure non possono che essere comprese e affrontate che come discriminazioni inscindibili fra loro e totalmente diverse da ogni altro tipo di discriminazione. Considerando la salute come un diritto multidimensionale che comprende un benessere fisico, psichico e sociale (OMS, 1948), la difficoltà nell'inclusione sociale delle persone *transgender* danno vita non solo alla necessità di

intraprendere una transizione “medica”, ma anche e soprattutto sociale. Le interviste hanno infatti reso visibili le difficoltà derivanti dalla transizione sociale, che non riguardano soltanto l’accesso alle cure e alla possibilità di sottoporsi a trattamenti per l’affermazione di genere, ma anche gli altri ambiti del sociale, come l’istruzione e la questione abitativa. Si consideri anche la discriminazione a cui sono sottoposte le persone LGBTQAI+ migranti nel momento in cui devono indicare una persona da contattare in caso di emergenza o a cui consentire l’accesso alle strutture sanitarie per le visite. L’ascolto delle esperienze e delle percezioni delle persone intervistate ha consentito di comprendere la complessità e l’interazione delle discriminazioni vissute dalle persone LGBTQAI+ migranti. Si evidenzia dunque una necessità di accompagnamento e di assistenza, non solo capace di fornire informazioni circa le procedure burocratiche, ma anche attenta alla sfera relazionale e di cura in senso multidimensionale. Una cura che sconfinando oltre i perimetri del genere e della provenienza sia in grado di vedere la persona:

“[...] perché ci ammaliamo, siamo degli umani, ecco.” (migrante LGBTQAI+, 008)

“Penso che sono una persona e ho il diritto dell’attenzione.” (migrante LGBTQAI+, 010)

## Bibliografia

Alencar Albuquerque Grayce, De Lima Garcia Cintia, Da Silva Quirino Glauberto, Alves Maria Juscinaide Henrique e Bélem Moreira Jameson, Dos Santos Figueiredo Francisco Winter, Da Silva Paiva Laércio, Do Nascimento Vânia Barbosa, Da Silva Maciel Érika, Valenti Vitor Engrácia, De Abreu Luiz Carlos e Adami Fernando, “Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review”, in *BMC International Health and Human Rights*, vol. 16, n.1, 2016, pp. 2.

Bobbio Norberto, “Sui diritti sociali”, 1996, in Bovero Michelangelo (a cura di), *Teoria generale della politica*, Einaudi, Torino, 1999.

Charmaz Kathy, *Constructing Grounded Theory*, 2nd Edition, Sage, 2014.

Corti Ines e Mattucci Natascia (a cura di.), *Le nuove frontiere del diritto e della politica. Studi e questioni LGBTI*, Aracne, Roma, 2019.

Ferrari Daniele, Palazzo Nausica e Valenzi Ilaria, *L'intersezionalità come approccio giuridico: una prospettiva multilivello tra diritto internazionale, diritto europeo, diritto italiano e prospettive di comparazione*, Report Progetto Europeo “INtersecting GRounds of Discrimination in Italy” (INGRID), 2022.

Fumagalli Corrado, “Una definizione di migrante”, in *Rivista di filosofia*, vol. 113, n. 3, dicembre 2021, pp. 409-426.

Galgano Francesca e Papillo Maria Sarah (a cura di), *Diversity Management. Nuove frontiere dell'inclusione e sfide per i C.U.G. universitari*, Napoli, Federico II University Press, 2020.

Gasparini Gianluca, “Il diritto d’asilo: l’ospitalità tra svuotamento e ripensamento dei diritti umani”, in *Diritto & Questioni Pubbliche*, 2021, 2023-207.

Glaser Barney G. e Strauss Anselm L., *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Aldine Transaction, 1999.

Guaraldo Olivia, “Prefazione. Fra corpi: ambiguità e potenzialità del dispositivo SOGI”, in Martorano Noemi e Prearo Massimo (a cura di), *Migranti LGBT. Pratiche, politiche e contesti di accoglienza*, Edizioni ETS, Pisa, 2020, pp- 7-20.

Hsieh Ning e Ruther Matt, “Sexual Minority Health and Health Risk Factors”, in *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, n.6, 2016, pp.746-755.

Kcomt Luisa, Gorey Kevin M., Barrett Betty Jo, McCabe Sean Esteban, “Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments”, in *SSM - Population Health*, vol.11, 2020, pp. 100608.

Kostenius Catrine, Hertting Krister, Pelters Pelle e Lindgren Eva-Carin, “From Hell to Heaven? Lived experiences of LGBTQ migrants in relation to health and their reflections on the future”, in *Culture, Health & Sexuality*, vol. 24, n.1, 2022, pp.1590-1602.

Lorde Audre, *Sorella Outsider - Gli scritti politici di Audre Lorde*, Il dito e la luna, Milano, 2014.

Makkonen Timo, *Multiple, compound and intersectional discrimination: bringing the experiences of the most marginalized to the fore*, Institute For Human Rights Åbo Akademi University, April 2002.

Mostaccio Fabio e Raffa Valentina, “Genere e politica: note introduttive”, in Id (a cura di), *Genere e politica. Discorsi, rappresentazioni e pratiche per i diritti delle donne e delle soggettività LGBTQ+*, FrancoAngeli, Milano, 2022.

Namer Yudit e Razum Oliver, “Access to primary care and preventive health services of LGBTQ+ migrants, refugees, and asylum seekers”, in Rosano Aldo (a cura di), *Access to Primary Care and Preventative Health Services of Migrants*, Springer International Publishing, 2018, pp. 43-55.

Nematy Azadeh, Namer Yudit e Razum Oliver, “LGBTQI + Refugees’ and Asylum Seekers’ Mental Health: A Qualitative Systematic Review” in *Sexuality Research and Social Policy*, vol. 20, n.2, 2023, pp.636-663.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Costituzione dell’Organizzazione mondiale della Sanità*, 1946.

Prearo Massimo, “Stato, politica e morale dell’asilo LGBTI”, in Prearo Massimo e Martorano Noemi (a cura di), *Migranti LGBT. Pratiche, politiche e contesti di accoglienza*, Edizioni ETS, 2020, pp. 43-70.

Sartorelli Emilie, “La “fragile” depatologizzazione delle persone transgender”, in *Ricerca e Pratica*, vol. 39, no. 1, 2023, pp. 28-29.

Shires Aisling Deirdre e Jafee Kim, “Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals” in *Health and Social Work*, vol.40, n.2, 2015, pp.131-141.

Solanke Iyiola, *Discrimination as Stigma: A Theory of Anti-discrimination Law*, Hart Publishing, Oxford e Portland, Oregon, 2017.