

PAZIENTI IMPREVISTI

Pratica medica e orientamento sessuale



Numerose sono le persone che intendiamo ringraziare per il sostegno ed i commenti che ci hanno dato.

Medici: dott. F. Allegrini, dott. S. Ardis, dott. T. Benedetti, dott. A. Brusa, dott. L. Casciaro, dott.ssa G. Coppola, dott.ssa B. Del Bravo, dott.ssa F. Enriques, dott.ssa E. Fiammetta, dott. S. Forlani, dott.ssa A. Grillo, dott. P. Ianche, dott. S. Manaresi, dott.ssa E. Munarini, dott.ssa S. Preite, dott.ssa S. Sartini, dott. A. Steppi, dott.ssa F. Trallo, dott.ssa F. Trovato, dott.ssa M.A. Vassallo.

Infermieri professionali: W. Longo, N. Mosticoni.

Correttori di bozze: M. Betti, F. Giudice, S. Lo Giudice, S. Nanni, M. Papi, E. Pizza.

Un ringraziamento particolare al dott. Mauro Palazzi, responsabile del U.O. Epidemiologia e Comunicazione del Dipartimento di Sanità Pubblica (AUSL Cesena), all'i.p. C. Scaglia, a Stephan Barris di Aiuto Aids Svizzera, a Jill Sergeant di AFAO (Australian Federation of AIDS Organization), ai referenti di Gay men's Health Wiltshire and Swindon (UK) e a tutti i medici e pazienti che hanno fatto pervenire le loro testimonianze.

Gli autori sono gli unici responsabili di quanto scritto nel testo.

Questa guida è il prodotto del progetto "La valutazione delle tecniche di persuasione nella riduzione del rischio HIV all'interno della popolazione omosessuale: la produzione di materiale audiovisivo", realizzato da Arcigay Nazionale con il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità - Programma nazionale sull'AIDS - IV Progetto per le ricerche sugli aspetti etici, sociali, comportamentali, assistenziali e della prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS.

Data di pubblicazione: Seconda Edizione, Febbraio 2008.

ARCIGAY NAZIONALE



Via Don Minzoni, 18 - 40121 Bologna
www.arcigay.it

Istituto Superiore di Sanità



Via Regina Elena, 299 - 00161 Roma
www.iss.it



Prefazione

La pratica medica dell'era moderna si trova ad affrontare nuove sfide ma anche nuove opportunità. I cambiamenti, nella società e nei sistemi sanitari, ci inducono ad una riflessione sui valori e sulla stessa natura della professionalità medica. La professionalità, alla base del contratto tra medicina e società, impegna il medico ad anteporre gli interessi dei pazienti ai propri e a mantenere standard di competenza e integrità.

I codici deontologici delle professioni mediche hanno da sempre sottolineato il rispetto della dignità del paziente e dell'equità del trattamento. In questa prospettiva, il medico è esortato a considerare ogni persona con la medesima attenzione e coscienza, indipendentemente dall'appartenenza a qualsiasi categoria sociale.

Non discriminare, tuttavia, non significa non differenziare: i pazienti sono diversi e hanno bisogni, problemi, richieste diverse. Equità e diversità sono concetti che non si contrappongono tra di loro.

La questione dell'orientamento sessuale si è posta in temi relativamente recenti nel dibattito pubblico e scientifico. Se il tema dell'omosessualità in passato è stato affrontato dai medici solo in termini di malattia mentale, la visione scientifica attuale considera l'orientamento sessuale un tratto che, come altri, caratterizza la pluralità delle identità e delle diversità.

A causa dell'invisibilità sociale, la presenza dei/le pazienti omo/bisessuali nello studio medico è spesso impreveduta. Il rischio che ne può derivare è quello di allontanare le persone dai servizi sanitari o di trascurare specifiche vulnerabilità sanitarie.

Questa pubblicazione, di carattere innovativo nel panorama italiano, rappresenta il lavoro di un'équipe che ha integrato diverse conoscenze e competenze professionali e umane. La sua chiarezza contribuirà a fornire ai medici un'utile strumento per rafforzare il tradizionale impegno verso il benessere dei/le pazienti.

Dott.ssa Ornella Grillo
Responsabile D.S.M.
A.S.L. Novi L. - Acqui T. - Ovada



Introduzione

Due sono i fondamenti di questa guida. In primo luogo, la popolazione che si rivolge al sistema sanitario è sempre più caratterizzata da un'ampia diversità umana; ne consegue che gli interventi sanitari devono sempre più confrontarsi con i bisogni specifici di salute dei singoli gruppi. In secondo luogo, le caratteristiche delle relazioni che si stabiliscono tra i professionisti ed i destinatari delle cure costituiscono uno degli aspetti più rilevanti nel processo di miglioramento della qualità totale di un sistema sanitario.

Questa guida è rivolta a tutti i medici che lavorano nel sistema sanitario italiano, sia che operino in strutture ospedaliere sia sul territorio, e tratta un argomento trasversale a tutte le specializzazioni.

Questa guida riguarda i bisogni sanitari della popolazione omo/bisessuale e fa riferimento a direttive di organizzazioni mediche internazionali.

La maggioranza dei medici in Italia conosce adeguatamente il tema dell'omosessualità e pensa che è importante trattare i pazienti omo/bisessuali con pari dignità rispetto agli altri assistiti. La maggioranza sa inoltre che, a fronte di alcune situazioni in cui l'identità sessuale dei pazienti non è rilevante nella gestione del caso, vi sono altre condizioni in cui essa diventa invece un elemento saliente nella diagnosi e nel trattamento.

Secondo i dati epidemiologici, una persona su venti ha, nel corso della vita, almeno un'esperienza sessuale con persone dello stesso genere; eppure gli studi mostrano che gran parte dei gay, delle lesbiche e dei bisessuali non svela il proprio orientamento sessuale al medico. Il professionista sanitario tende di conseguenza a sottostimare la consistenza numerica di questi pazienti, le cui problematiche rischiano, pertanto, di rimanere invisibili.

Se da una parte le donne e gli uomini con esperienze o identità omosessuali hanno le stesse problematiche di salute degli altri, dall'altra affrontano questioni tipiche che, sebbene di interesse per il medico, raramente sono affrontate nella letteratura scientifica consueta.

La guida non suggerisce un trattamento speciale per gay e lesbiche, ma un'assistenza sanitaria sensibile alle differenze individuali, un approccio, in altre parole, *centrato sul paziente* e trasferibile quindi, ipoteticamente, anche su altri gruppi di utenti; rappresenta inoltre un utile strumento per i medici al fine di acquisire più informazioni e migliorare la qualità della relazione con i propri pazienti.



Indice

Comprendere

Il punto di vista del/la paziente	9
Il punto di vista del medico	15
Facilitare un clima di rispetto	17
Questioni di riservatezza	19

Intervenire

Indicazioni appropriate per uomini gay sull'AIDS	21
Indicazioni appropriate per donne lesbiche sulla prevenzione ginecologica	26
Buone prassi nello studio medico	27
Esempi di casi	29
Domande e risposte	31

Approfondire

Bibliografia	36
Risorse	39



Il punto di vista del/la paziente

Così come qualsiasi altro gruppo umano, la popolazione omosessuale è notevolmente differenziata al proprio interno. Le persone omosessuali possono essere più o meno istruite, economicamente agiate o povere, giovani o anziane, con figli o senza, di varie origini etniche. Nonostante ciò, emergono alcune questioni comuni quando un/a paziente omo/bisessuale si presenta ad un servizio sanitario.

Preoccupazioni riguardanti la riservatezza

Se i pazienti eterosessuali non hanno bisogno di rivelare la propria eterosessualità, i pazienti gay e le pazienti lesbiche si sentono spesso vulnerabili poiché temono che il proprio medico possa svelare a terzi, anche in modo accidentale, la loro omosessualità: se ciò accadesse, potrebbe creare problemi e cambiamenti indesiderati. Ad esempio, in un piccolo paese un giovane potrebbe non dire di sé al proprio medico, poiché teme che lui/lei possa poi riferirlo ai genitori, anche loro pazienti dello stesso ambulatorio.

Paura del giudizio 'eterosessista'

Una questione fondamentale per molti gay e lesbiche riguarda lo svelamento del proprio orientamento sessuale. Molti hanno paura di ricevere un trattamento peggiore qualora comunicassero al medico le proprie relazioni con persone dello stesso genere; temono di vedersi negata la presa in carico, di sentirsi giudicati o sgraditi in sede di consulto medico. Il paziente è in un momento di particolare vulnerabilità quando ha o sospetta di avere un problema di salute; per evitare ogni possibile atteggiamento negativo da parte del medico, può omettere informazioni su di sé che lo metterebbero in 'cattiva luce'.

In realtà, sappiamo che oggi molti medici in Italia non hanno pregiudizi rispetto all'omosessualità dei loro pazienti. Quello che tuttavia è importante, dal punto di vista della relazione, non è l'*effettivo trattamento ingiusto* ma l'*aspettativa di trattamento ingiusto*. La maggior parte delle persone omosessuali nel nostro contesto sociale è cresciuta in famiglie, scuole, circoli sportivi, ambienti di lavoro in cui aveva motivo di aspettarsi atteggiamenti di distanza, ripugnanza, contrarietà. Ed è consapevole che



alcuni atteggiamenti ostili e discriminatori persistono ancora in alcuni medici, infermieri e altri operatori sanitari. A volte, bastano alcune parole o semplici segnali non verbali a scatenare il timore di essere giudicati o non compresi.

*“Una delle prime volte che sono andato dal medico abbiamo parlato di quale sport fosse meglio indicato per me. Ha detto che mi sconsigliava lo step perché era uno ‘sport da gay’. Con lui non mi sono mai sentito sicuro nel dichiararmi omosessuale. Ho sempre ristretto così la comunicazione ai minimi termini”
(Giorgio, 22 anni, studente, Bari)*

*“L’anno scorso mi è capitato di essere ricoverata in ospedale... Veniva a trovarmi la mia compagna ed io dicevo alle infermiere e ai medici che era mia sorella. Avevo paura che, sapendolo, gli altri mi avrebbero trattata peggio, mentre in quel momento volevo comprensione e attenzione...”
(Luisa, 38 anni, insegnante, provincia di Verona)*



Equivoci o incomprensioni

Per timore di non essere capiti molti pazienti gay e lesbiche non si sentono a proprio agio quando parlano della loro vita intima, delle loro relazioni e dei loro comportamenti sessuali. Ad esempio, alcuni uomini evitano di raccontare i loro rapporti sessuali anonimi nei luoghi deputati al consumo sessuale perché temono un giudizio di riprovazione morale da parte del medico; alcune donne esitano a parlare della loro relazione per evitare domande troppo intrusive da parte di un medico uomo.

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

*“Preferisco avere un medico donna, non importa se è lesbica o no. Mi pare che mi capisca meglio. Posso parlare di tutto, senza timore. Quello di prima mi faceva delle domande sulla mia vita che mi sembrava non c'entrassero niente con la mia malattia”
(Anna, 45 anni, funzionaria, Imperia)*

*“Avevo una sensazione di bruciore quando andavo in bagno. Allora sono andato dal medico specialista, un tipo molto gentile. Lui mi ha chiesto se avevo avuto rapporti sessuali e di che tipo. Quando gli ho detto che avevo rapporti con altri ragazzi si è pietrificato. Mi ha chiesto di ripetere come se non avesse capito. Quando gli ho detto che tipo di rapporti avevo avuto, vedo la sua faccia imbarazzata, anch'io lo ero, così non gli ho raccontato più niente. La mia impressione è che non volesse sapere di me”
(Antonio, 31 anni, assistente di volo, Firenze)*



L'equivalenza gay = AIDS

Dal punto di vista epidemiologico, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini rappresentano tuttora un gruppo più esposto al rischio HIV rispetto alla popolazione generale. Dal punto di vista della relazione interpersonale, molti uomini gay risentono però dell'assunzione automatica del legame tra omosessualità e AIDS, dovuta alla stigmatizzazione sociale e culturale che vede l'AIDS come una sanzione meritata di comportamenti scorretti e inaccettabili.

Alcuni uomini gay sensibilizzati all'argomento hanno livelli molto elevati di informazione rispetto all'HIV e potrebbero non voler parlare con gli operatori sanitari di qualcosa che pensano di sapere già. Molti si confrontano da anni con il rischio HIV attraverso varie strategie cognitive e comportamentali e potrebbero trovarsi a disagio quando operatori sanitari danno loro consigli sulla prevenzione HIV troppo semplici, irrealistici e non mirati alla propria condizione. D'altro canto, alcuni medici potrebbero essere preoccupati di sollevare la questione dell'AIDS con un paziente gay o bisessuale per 'non offenderlo'.

L'approccio più opportuno in questi casi è duplice: da un parte, evitare di colpevolizzare le persone omosessuali; dall'altra, riconoscere la maggior prevalenza di HIV nella comunità omosessuale e il rischio HIV connesso al sesso non protetto. Esagerare il rischio o, al contrario, minimizzarlo sortirà soltanto l'effetto opposto di rendere i pazienti disorientati e scettici.

*"Ma perché il mio medico - in buona fede, credo - mi parlava sempre e solo di AIDS?!?
Perché - così sembrava - considerava meno importanti le altre cose di me?"
(Stefano, 28 anni, operaio, provincia di Cagliari)*

*"Mi trovo molto bene con il medico infettivologo che mi segue per la mia sieropositività...
Parliamo anche delle difficoltà che ho nel sesso. A volte sono così terrorizzato dall'idea di
infettare qualcuno che non riesco ad avere rapporti sessuali. Poi a volte sono anche successi
degli inconvenienti con il mio partner, che è sieronegativo, si è rotto il preservativo..."*

*Gli ho spiegato cosa era successo, mi ha ascoltato e mi ha spiegato cosa potevamo fare"
(Pietro, 32 anni, impiegato, provincia di Bologna)*



La questione del test HIV

A differenza degli eterosessuali, i gay che non hanno mai considerato il test dell'HIV sono la minoranza.

Molti uomini gay hanno un approccio al test basato su una serie di informazioni e di strategie personali. Al fine di essere efficace, l'invito del medico a sottoporsi al test HIV non può prescindere da questa eterogeneità di situazioni.

Alcuni gay non si sottopongono al test dato che praticano sempre sesso sicuro con tutti i loro partner; altri non fanno il test perché credono di essere positivi e non vogliono conoscere l'esito per salvaguardare la 'qualità' della propria vita; alcuni, alla luce delle nuove terapie, sottovalutando la pericolosità dell'AIDS, non considerano prioritario sottoporsi al test HIV; altri ancora fanno il test nel caso in cui, ad esempio, si rompe il preservativo o, più in generale, solo quando vengono meno alle proprie personali regole di sesso sicuro.

Nella maggioranza delle coppie maschili i partner non usano il preservativo.

Questo comportamento non sempre è l'esito di una decisione concordata di sottoporsi al test HIV volto a verificare la sieronegatività di entrambi.

Altri possono non usare il preservativo perché sono innamorati, hanno paura di deludere il proprio partner, assumono che il partner sia in salute solo per il suo aspetto fisico esteriore.

"Sono bisessuale e sono sieropositivo da 4 anni.

Mi ricordo che quando sono andato a ritirare il test il medico mi ha chiesto della mia attività sessuale.

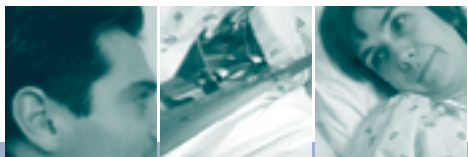
E dopo mi ha detto, tra le righe:

"Con tutto quello che ha combinato, facendo sesso qua e là, che cosa si aspettava?"

Mi sono sentito morire.

Già la notizia mi aveva sconvolto e quel suo sguardo di rimprovero..."

(Mario, 27 anni, parrucchiere, provincia di Roma)



*"Il medico un giorno mi ha detto: "Se fosse per me, tatuerei AIDS sul culo di tutti i 'frocì".
Non sapeva che anch'io ero gay, pensava probabilmente di dire una cosa
simpatica, 'cameratesca'.
Abitavo in un piccolo paese e lui era l'unico medico di famiglia.
Mi sentivo malissimo ogni volta che dovevo andare nel suo ambulatorio.
Non gli ho mai detto né chiesto nulla"
(Roberto, 43 anni, impiegato, Pordenone)*



Il punto di vista del medico

Carenza di tempo

Spesso il motivo principale del consulto non riguarda la sessualità o la salute sessuale. Introdurre esplicitamente tali questioni potrebbe dar luogo a conversazioni prolungate che ampliano l'orario di lavoro e ritardano le visite degli altri pazienti.

In realtà, per rendere più efficace l'intervento nei confronti dei pazienti omosessuali non è necessario fare domande aggiuntive, ma farle in maniera più calibrata e sensibile ed eventualmente sapere a chi inviare il paziente.

“Non penso che ci siano molte differenze nel trattare un paziente omosessuale e un altro.

E poi abbiamo così poco tempo che rischiamo che molti aspetti del paziente siano trascurati anche se sono rilevanti.

Ciononostante, nel mio lavoro cerco sempre di creare un rapporto di fiducia con i miei pazienti”

(Salvatore, 60 anni, medico di medicina generale, Catanzaro)

“Mi è capitato, una volta, che una signora disperata mi chiedesse degli antidepressivi, ma non capivo che cosa avesse.

L'ho ascoltata qualche minuto e mi ha raccontato che il suo ex-marito voleva impedirle di vedere la figlia perché aveva scoperto che lei stava con un'altra donna.

È bastato qualche minuto per sentirsi compresa.

L'ho poi indirizzata ad uno psicologo”

(Federica, 48 anni, medico di medicina generale, Genova)



Conoscenze sull'orientamento sessuale

Alcuni medici sostengono di non sentirsi preparati a discutere con i propri pazienti di omosessualità, o dei rischi per la salute connessi con le pratiche sessuali tra persone dello stesso genere. In effetti, non è sempre facile trovare fonti informative adeguate al riguardo; inoltre, di frequente, le informazioni scientifiche paiono confondersi con le conoscenze di senso comune (stereotipi, pregiudizi...).

La scarsa familiarità con le tematiche omosessuali può suscitare imbarazzo sia per il paziente sia per il medico, innescando autocensure e dando luogo a percezioni erranee e difficoltà comunicative.

“Da quando un mio collega in ospedale mi ha detto di essere gay è come se si fosse aperta una finestra su un mondo che non conoscevo. Così mi sono impegnato a capire meglio i miei pazienti, a capire se qualcuno fosse omosessuale, come si sarebbe sentito trattato da me. È stato a tratti difficile.

Sento di non sapere molto ad esempio sulle pratiche sessuali tra due uomini o due donne.

Adesso mi accorgo che, anche grazie a questo lavoro, sono più attento a tutti i pazienti in generale. Ognuno è diverso dagli altri”
(Giacomo, 43 anni, medico ospedaliero, Siena)

“Per me la situazione non è facile. Sono pediatra, sono una persona rispettata e stimata nel mio lavoro. Le persone a volte sono molto ignoranti e confondono l'omosessualità con la pedofilia. A volte penso a come reagirebbero le mamme dei bambini che curo se scoprissero che sono omosessuale.

So anche che alcuni miei colleghi sospettano di me, ma non glielo dico perché hanno dei pregiudizi che, nel 2000, non hanno senso di esistere”
(Piero, 50 anni, pediatra, Palermo)



Facilitare un clima di rispetto

Fare domande ai pazienti è un compito delicato, da considerare con attenzione. Molte volte, infatti, lo stile delle domande del medico può aiutare il paziente a sentirsi a proprio agio; altre volte, le domande possono, se mal poste, fornire risposte non utili ai fini della cura.

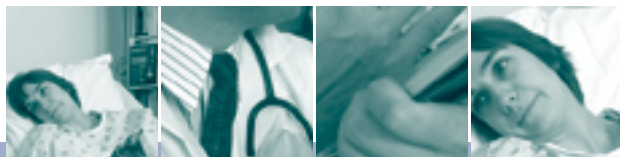
Ad esempio, quando redige una prima anamnesi, il medico può scegliere di chiedere lo stato civile del paziente oppure il suo stato relazionale: nel caso di un assistito omosessuale, la mera informazione sullo stato civile può non essere sufficiente a descrivere la sua effettiva condizione di vita.

Nel corso del colloquio è importante non dare per scontato che il partner di una donna sia un uomo, e che il partner di un uomo sia una donna. In tal senso, le domande possono essere formulate in modo da non indicare il genere del partner, con espressioni del tipo: 'Ha una relazione stabile e importante con una persona?', oppure: 'Ha un partner fisso?', e solo in seconda istanza chiedere se il partner è un uomo o una donna. Usare un linguaggio neutro rassicura le persone omosessuali: consente ai pazienti di esprimersi autenticamente e dà un segnale che li incoraggia ad aprirsi. Specie con i nuovi pazienti, la relazione rischia di essere messa a repentaglio se si pongono domande che assumono come scontata la loro eterosessualità.

In che misura questo linguaggio neutro potrebbe risultare offensivo per alcuni pazienti eterosessuali? Alcuni pazienti eterosessuali potrebbero reagire con fastidio o rabbia? Si è visto che, in realtà, la maggior parte non se ne accorge o non ha preoccupazioni al riguardo.

"Ero in ospedale per un intervento al naso. Tutti i pomeriggi veniva a trovarmi Mauro, il mio compagno, mi portava gli indumenti puliti e mi faceva compagnia. Viviamo insieme da 8 anni. Mi ha fatto piacere che il medico utilizzasse con tranquillità il termine 'compagno' o 'fidanzato' per riferirsi a Mauro, anche di fronte agli altri. Non era per niente imbarazzato. Mi sono subito fidato di lui, aveva capito che non era un semplice 'amico' ma la persona più importante per me. Ci sono invece quelli che si bloccano e dicono "dov'è il suo...?"

*Non riescono proprio a dirlo!"
(Luigi, 52 anni, impiegato, provincia di Novara)*



*“Ogni volta che cambio città si presenta lo stesso problema:
a quale medico di base iscrivermi?
Ne voglio uno con cui posso esprimermi liberamente.
Mi succede, qualche volta, di cambiare anche due-tre medici prima di trovare quello
che mi ispira fiducia”
(Fabio, 45 anni, imprenditore, Cuneo)*

*“Mi trovo bene con la mia ginecologa. Sono andata da lei perché sentivo un
bruciore alla vagina. Pensavo di vergognarmi, invece mi ha messo a mio agio.
Abbiamo parlato con naturalezza anche del fatto che uso oggetti sessuali con la mia
ragazza. Mi ha dato delle informazioni e mi ha rassicurata”
(Anna, 25 anni, commessa, Milano)*

*“La ginecologa mi ha chiesto: “Lei è sessualmente attiva?”
“Sì”.
“Quali anticoncezionali usa?”
Io, da lesbica, non sapevo come rispondere...
Perché assumere che essere attiva sessualmente, per un donna, significa essere
necessariamente penetrata da un uomo?”
(Maria, 34 anni, insegnante, Napoli)*



Questioni di riservatezza

Un altro aspetto da tenere in considerazione è la riservatezza. Molti pazienti gay, lesbiche e bisessuali raccontano la propria preoccupazione al riguardo.

Qual è il modo migliore, per un medico, di comunicare ai propri pazienti che nel proprio ambulatorio la riservatezza e la tutela dei dati personali sono questioni prioritarie, che non vengono trattate come mere formalità?

Le pratiche possono variare da ambulatorio ad ambulatorio. Alcuni medici hanno l'abitudine di prendere nota in modo dettagliato dell'orientamento sessuale dei pazienti; altri scelgono invece di chiedere al paziente se desidera o meno che tale informazione venga registrata.

Un paziente potrebbe chiedersi: quali tipi di informazioni sono assolutamente riservate e quali no? Quali altri professionisti e operatori possono eventualmente avere accesso alla mia cartella? Tutte queste preoccupazioni - anche se non palesate - devono essere prese in considerazione.

Per rassicurare i pazienti gay, lesbiche e bisessuali riguardo al tema della riservatezza dei dati personali, si potrebbe affrontare l'argomento in maniera esplicita durante la prima visita: in questo modo il paziente con necessità di aprirsi ha la possibilità di verificare concretamente la sensibilità e l'attenzione del medico al riguardo.

*“Mi sono rivolta allo psicologo del consultorio giovani della mia città.
È la prima persona a cui ho rivelato di essere lesbica.
Durante un incontro mi ha chiesto la tessera sanitaria e si è segnato il nome
del mio medico di base.
Non mi ha mai spiegato perché lo ha fatto. Ho paura che debba trasmettere
questa informazione al mio medico e ai miei insegnanti”
(Francesca, 18 anni, studentessa, provincia di Ragusa)*

*“Una volta mi è successo che un paziente di 17 anni è risultato sieropositivo.
Era sconvolto e non voleva dirlo a nessuno. Il fatto che fosse minorenne mi ha
creato qualche problema: dovevo forse dire qualcosa ai genitori?”
(Raffaella, 63 anni, medico di medicina generale, Roma)*



Indicazioni appropriate per uomini gay sull'AIDS

Qualche dato epidemiologico

È opinione comune che le organizzazioni gay, fin dall'inizio dell'epidemia AIDS, siano state molto efficienti nell'organizzare iniziative di prevenzione.

I dati epidemiologici attuali dimostrano comunque che gli uomini gay e bisessuali continuano a rappresentare un gruppo più esposto al rischio di infezione da HIV/AIDS; gli sforzi per la prevenzione sono pertanto tuttora fondamentali.

La relazione aggiornata a dicembre 2002 dell'Istituto Superiore di Sanità sulle notifiche di AIDS in Italia riporta che il 22,6% dei casi complessivi nella popolazione maschile è ascrivibile alla trasmissione sessuale tra uomini.

Secondo recenti ricerche europee si assiste ad un aumento di infezioni HIV nella popolazione gay maschile e si registra anche, a partire dal 2001, la ricomparsa di casi di sifilide.

La 'guardia abbassata'

Molti studi indicano che, sebbene la maggioranza degli uomini gay e bisessuali abbia una buona consapevolezza di base sui rischi dell'HIV e sull'importanza di usare il preservativo nei rapporti anali, una parte di questi non è sufficientemente motivata ad usarlo, oppure lo usa in modo incostante.

Un gruppo particolarmente vulnerabile sono gli adolescenti gay e coloro che, più in generale, hanno da poco iniziato ad avere rapporti sessuali.

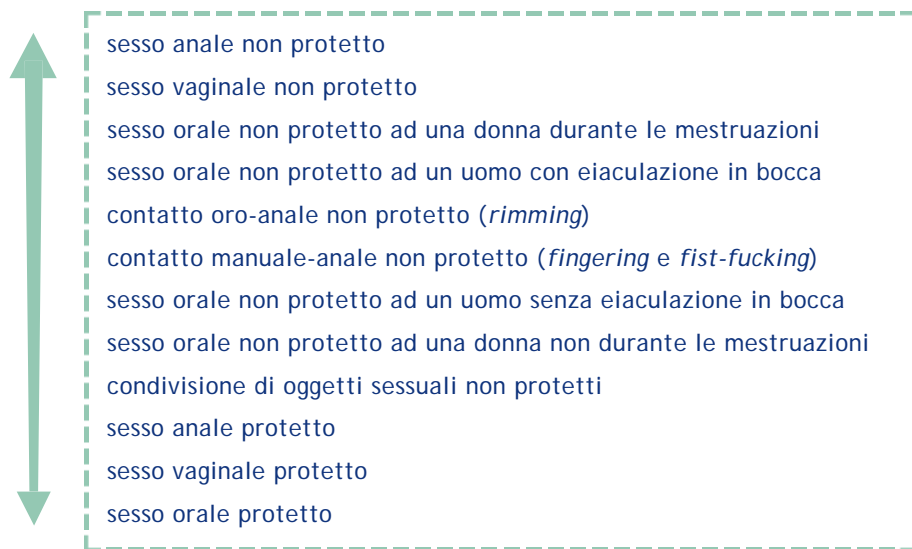
Questi tendono a non usare il preservativo nei rapporti anali, ad esempio quando sono presi dall'eccitazione del momento o quando sono sotto l'effetto di droga o alcool.

Comportamenti sessuali e rischi connessi

Secondo la prospettiva della riduzione del rischio, non esistendo la sicurezza al 100% nell'interazione sessuale (*safe sex*), l'obiettivo da conseguire è quello del 'sesso più sicuro' (*safer sex*), ovvero un insieme di pratiche sessuali in cui è ridotto al minimo il rischio di trasmissione di MTS.



A scopo orientativo, elenchiamo un campione di pratiche sessuali graduate su un continuum di rischio per l'infezione da HIV (con partner sierodiscordanti). Nel caso di altre MTS, i rischi cambiano in quanto sono diverse le modalità di trasmissione.



È importante raccomandare l'uso di preservativi appropriati per il sesso anale (*extra-strong*) nonché l'uso di lubrificanti a base d'acqua, che riducono drasticamente la possibilità di rottura del preservativo. Occorre ricordare al paziente che vaselina, sostanze oleose e saliva non sono lubrificanti adeguati.



Epatite A/B e vaccinazione

Gli uomini gay e bisessuali hanno un rischio maggiore di contrarre l'epatite A e B, virus più facilmente trasmissibile rispetto al virus HIV (ad esempio nei rapporti oro-genitali o oro-anali non protetti).

Esiste un vaccino efficace, ma molti uomini gay non sono consapevoli dell'importanza che esso riveste per la loro salute. Il Ministero della Salute italiano raccomanda che gli uomini omo/bisessuali sessualmente attivi ricevano l'immunizzazione gratuita per l'epatite B.

Parlare di AIDS

Come parlare con un paziente gay o bisessuale del rischio HIV nei suoi rapporti sessuali? Potrebbe essere opportuno iniziare con una domanda generica per valutare le sue conoscenze di base e verificare la loro adeguatezza; si potrebbe anche chiedere dove ha reperito le informazioni che possiede sul sesso più sicuro. Vale la pena di sottolineare nuovamente il suggerimento prima menzionato: se si hanno dei dubbi in merito e se tali aspetti sono rilevanti ai fini della consulenza, è auspicabile che il medico chieda chiarimenti riguardo allo stile di vita e alle relazioni del paziente.

È poi essenziale che il consiglio sull'HIV/AIDS che si dà agli uomini gay e bisessuali sia specificatamente mirato a loro, invece che generico.



Consigli solitamente adottati per la popolazione generale	Consigli appropriati per la popolazione gay maschile	Motivazioni di base
L'AIDS infetta chiunque.	L'infezione da HIV continua ad infettare in maniera più elevata gli uomini gay e bisessuali.	La prevalenza dell'infezione da HIV/AIDS tra gli uomini gay e bisessuali è fino a 6 volte superiore rispetto alle persone eterosessuali.
Scegli con cura i partner sessuali. Conosci il tuo partner.	Anche se il paziente è in coppia fissa con un altro uomo, è opportuno che entrambi si sottopongano periodicamente al test e che all'interno della coppia si stabiliscano delle regole a tutela di se stessi e del proprio partner.	Alcune coppie non usano il preservativo senza essersi sottoposti al test che confermi la sieronegatività di entrambi i partner; alcune si promettono la monogamia ma non la mantengono. Inoltre, in una popolazione con una consistente presenza di HIV positivi, è molto più alta la possibilità per ogni partner di venire infettato.
Informare in modo generico su come si trasmette il virus HIV.	Informare sui gradienti di rischio nelle varie pratiche sessuali. Discutere le strategie per ridurre il rischio nel sesso orale (ad esempio: evitare di ricevere l'eiaculazione in bocca) e rivedere le false credenze, come ad	Molti uomini gay possiedono già una serie di conoscenze di base; hanno semmai bisogno di discutere le strategie per minimizzare il rischio, conservando, allo stesso tempo, una percezione soddisfacente della propria vita



Consigli solitamente adottati per la popolazione generale	Consigli appropriati per la popolazione gay maschile	Motivazioni di base
	<p>esempio quella che ritiene privo di rischi il sesso anale insertivo non protetto, oppure quella secondo cui il rapporto sessuale è più sicuro se praticato con uomini che non frequentano ambienti gay o che 'sembrano etero'.</p>	<p>sessuale. Alcuni vanno poi stimolati a comprendere i fattori psicologici e ambientali che potrebbero condurli a non usare con continuità il preservativo.</p>
<p>I messaggi di salute sono indirizzati a coloro che non sono infettati.</p>	<p>I messaggi di salute vanno rivolti sia agli uomini sieronegativi sia agli uomini sieropositivi (ad esempio: convivere con la sieropositività, prendere decisioni e aderire al regime terapeutico, rinforzare il sesso più sicuro per evitare di trasmettere ad altri l'infezione).</p>	<p>Nel 2000, in una realtà metropolitana dell'Italia settentrionale, una ricerca della Azienda USL ha stimato che il 7% degli uomini gay era sieropositivo ed il 22% non conosceva il proprio stato sierologico. Un'altra indagine ha stimato un <i>range</i> dal 6 al 9% di uomini HIV positivi (vedi Colombo 2000, Pietrantoni e Fattorini 2000, citati in bibliografia). Gli uomini HIV-positivi e HIV-negativi hanno bisogni sanitari differenti.</p>



Indicazioni appropriate per le donne lesbiche sulla prevenzione ginecologica

Molti studi suggeriscono come la popolazione lesbica abbia una serie di rischi specifici di sviluppare tumori ginecologici, sebbene - pare - non si differenzi per incidenza dalla popolazione eterosessuale femminile.

Un'opinione comune, tra parte del personale sanitario, è che le lesbiche, in quanto tali, non sono da considerarsi sessualmente attive; questo giudizio deriva dalla convinzione - inaccurata - che il sesso fra donne non è completo perché consiste di sole pratiche preliminari. Le stesse lesbiche si ritengono meno a rischio di tumori ginecologici. Ne consegue il minor ricorso ai controlli di routine, come, ad esempio, il *pap test*, un esame che contribuisce alla diagnosi precoce dei carcinomi della cervice uterina.

Altri fattori di rischio nella popolazione lesbica sono: la più frequente nulliparità, e quindi il conseguente non allattamento (fattore di rischio per il carcinoma della mammella), e l'uso minore di contraccettivi orali, che costituiscono un fattore protettivo per il carcinoma delle ovaie e dell'endometrio.

Un altro fattore generale di rischio è il consumo di tabacco e di alcool, che le ricerche dimostrano essere maggiore nella popolazione lesbica rispetto a quella eterosessuale femminile.

Per una valida prevenzione oncologica delle neoplasie femminili è dunque appropriato invitare le pazienti lesbiche a sottoporsi regolarmente sia al *pap test* che all'esame senologico.



Buone prassi nello studio medico

Per uomini e donne

X Non consigliato	✓ Consigliato
Supporre automaticamente che tutti i Suoi pazienti gay, lesbiche o bisessuali glielo dichiarino.	Creare un clima accogliente per invitare il paziente ad aprirsi.
Presumere che ci sia equivalenza tra comportamento sessuale e definizione della propria identità.	Il comportamento sessuale non è necessariamente indicativo dell'identità sessuale. Concentrare l'attenzione sui <i>comportamenti</i> , piuttosto che sulle <i>identità</i> .
Usare etichette verbali come 'gay' e 'lesbica' per descrivere un/a paziente che dice di preferire sessualmente partner del proprio genere.	Tener presente il linguaggio e la terminologia del paziente. Alcune persone non definiscono se stesse come 'gay' e 'lesbica' pur scegliendo partner sessuali del proprio genere.
Aspettarsi che il Suo paziente omosessuale abbia i medesimi bisogni degli altri gay.	Non fare facili generalizzazioni sui suoi bisogni. La popolazione gay e lesbica non è omogenea al suo interno, sebbene condivida un comune status di minoranza.



Specifico per uomini

✘ Non consigliato	✔ Consigliato
Presumere lo stato sierologico del Suo paziente e l'esperienza che egli ha riguardo all'HIV.	Trovare un'occasione favorevole per parlare del suo stato sierologico e delle strategie che adotta per ridurre il rischio di entrare in contatto (o trasmettere) il virus HIV.
Prescrivere il test per l'HIV subitaneamente e/o senza coinvolgere l'assistito.	Coinvolgere il paziente nel processo decisionale.
Presumere che il Suo paziente si senta a proprio agio con termini come 'partner attivo' e 'partner passivo'.	Verificare con lui il linguaggio più appropriato.

Specifico per donne

✘ Non consigliato	✔ Consigliato
Ritenere che la Sua paziente lesbica non abbia rapporti 'completi' con altre donne.	Considerare che la Sua paziente può praticare sesso penetrativo sia ricettivo sia insertivo con altre donne.
Supporre che la paziente lesbica non abbia figli.	Verificare con lei se ha dei figli.
Presumere che le lesbiche non siano a rischio di MTS.	Verificare con la Sua paziente se ha comportamenti sessuali a rischio e informarla sulle pratiche di sesso più sicuro tra donne: alcune infezioni (trichomoniasi, HPV) si possono infatti trasmettere tra donne.



Esempi di casi

Riportiamo alcuni esempi di problematiche presentate da pazienti omo/bisessuali in un ambulatorio medico. Alcune riguardano specificatamente il loro orientamento sessuale, altre sono in parte analoghe a quelle di qualsiasi altro paziente. Vediamo insieme come poterle affrontare.

—> *Un adolescente con disturbi gastrici dichiara, tra le altre cose, di essere deriso a scuola perché ritenuto effeminato. Si è reso conto della propria omosessualità ma non lo ha ancora detto a nessuno.*

Se un adolescente Le rivela il proprio orientamento omosessuale è importante trattare quest'informazione con riguardo, garantendo la confidenzialità dell'informazione ricevuta. Lei può essere la prima persona a cui lo rivela.

Un adolescente gay/lesbica sottoposto a comportamenti denigratori e offensivi può presentare i sintomi del disturbo traumatico da stress. Le ricerche, inoltre, rivelano che un adolescente gay e lesbica è più a rischio di comportamenti suicidari e di abuso di sostanze psicotrope rispetto ai coetanei eterosessuali: occorre quindi prestare molta attenzione agli aspetti psicologici e alle condizioni di vita. L'isolamento dai pari e il rifiuto familiare costituiscono un rischio reale per un adolescente gay e lesbica.

—> *Una paziente attende l'esito di un esame istologico per un tumore sospetto. È accompagnata in ambulatorio dalla sua compagna.*

Spesso gay e lesbiche si confrontano con l'invisibilità dei loro legami e la mancanza di riconoscimento può essere fonte di stress.

Si può comunicare la comprensione del legame di coppia usando una terminologia adeguata come 'partner' o 'compagna' e, comunque, trattando la partner della paziente come una sua familiare. Il sostegno della partner è una fondamentale risorsa di salute.

—> *Un paziente sposato vuole fare il test HIV; è preoccupato di aver infettato la moglie perché ha avuto un rapporto sessuale occasionale con un suo compagno di squadra.*

Alcune persone temono di essere giudicate negativamente per i loro comportamenti bisessuali. Può accadere che alcuni uomini sposati vivano con ansia e colpevolizzazione i propri rapporti



extra-matrimoniali (specie con uomini o persone transessuali) e amplifichino quindi la percezione dei pericoli di salute nonostante abbiano avuto comportamenti sessuali a basso rischio. In questi casi è più vantaggioso focalizzarsi sui comportamenti sessuali, che permettono di valutare concretamente il rischio intrapreso (*risk assessment*) senza giudizi morali impliciti sulla sua condotta.

→ *Un genitore vuole l'indirizzo di uno psichiatra perché ha scoperto che la figlia è lesbica e la vuole 'curare'.*

La prima reazione alla conoscenza dell'omosessualità del/lla figlio/a si traduce spesso, per il genitore, in uno stato di shock, sorpresa, dolore, disillusione e, più in generale, di disorientamento. Una reazione altrettanto comune è il senso di colpa, unita alla sensazione di fallimento relativa al proprio ruolo parentale.

In contesti di questo tipo, il senso di isolamento è ciò che più debilita la famiglia: i genitori non sanno con chi parlarne, a chi chiedere aiuto, non hanno modelli di ruolo cui fare riferimento. Incoraggiare l'espressione emotiva del genitore durante la visita può aiutarlo a sentirsi compreso; è inoltre opportuno informare che l'omosessualità non è una patologia bensì una variante naturale dell'espressione affettiva ed erotica.

→ *Un paziente anziano è ricoverato in un reparto ospedaliero; durante l'orario di visita viene a trovarlo il suo compagno con cui scambia gesti affettuosi. Dopo l'orario di visita un'infermiera e il vicino di letto lo deridono e scherniscono.*

Può capitare che anche il personale sanitario e i degenti ospedalieri manifestino atteggiamenti di imbarazzo, se non di fastidio o di aperta presa in giro, nei confronti di pazienti dichiaratamente gay o lesbiche. Essere oggetto di attenzioni di questo tipo è psicologicamente destabilizzante; in condizioni di vulnerabilità accentuata, è un ulteriore fattore di stress, che può interferire significativamente con il processo di guarigione. È opportuno discutere il caso nella riunione di équipe, per individuare le azioni da intraprendere e per consolidare, all'interno del reparto, procedure anti-discriminatorie che promuovano il rispetto della dignità di ogni paziente.



Domande e risposte



→ *Cos'è l'identità sessuale?*

L'identità sessuale è costituita da diverse componenti: il sesso biologico, l'identità di genere (il senso psicologico di essere maschio o femmina), il ruolo di genere (l'adesione a norme culturali e comportamentali dell'essere femmina o maschio) e l'orientamento sessuale.

→ *Cos'è l'orientamento sessuale?*

L'orientamento sessuale è l'attrazione affettiva e sessuale per individui dello stesso o dell'altro genere.

L'orientamento omosessuale indica l'attrazione verso individui dello stesso genere; l'orientamento eterosessuale l'attrazione per individui del genere opposto; l'orientamento bisessuale l'attrazione verso persone di entrambi i generi sessuali. Le persone dall'orientamento omosessuale vengono chiamate gay (sia uomini che donne) o lesbiche (solo per le donne).

→ *Quale relazione c'è tra orientamento e comportamento sessuale?*

L'orientamento sessuale va distinto dal comportamento sessuale in quanto si riferisce alle sensazioni e alla concezione del proprio sé. Non è detto che l'orientamento sessuale venga esplicitato nel comportamento; allo stesso tempo un comportamento non è, di per sé, indicativo dell'orientamento.

Si stima che gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini siano in numero maggiore rispetto a quelli che si definiscono omosessuali: per questo motivo, le organizzazioni sanitarie internazionali, trattando di rischi di salute connessi alle pratiche sessuali, preferiscono utilizzare gli acronimi MSM ('maschi che fanno sesso con maschi') e FSF ('femmine che fanno sesso con femmine') piuttosto che i termini 'gay' e 'lesbiche' - che si riferiscono, invece, all'identità dichiarata.

→ *Cosa spinge una persona ad avere un certo orientamento sessuale?*

Le teorie più accreditate ipotizzano differenti origini per l'orientamento sessuale ed includono



fattori genetici, psicologici e socio-ambientali.

Si ritiene che l'orientamento sessuale si definisca per molte persone nei primi anni di età. La consapevolezza di sé e lo svelarsi agli altri (*coming out*) avviene solitamente nell'adolescenza e nella prima età adulta.

Sono scientificamente infondate le teorie che vorrebbero spiegare l'omosessualità come l'esito di un trauma familiare o di un abuso.

→ *L'orientamento sessuale è una scelta?*

No. Gli psicologi non concepiscono l'orientamento sessuale come una scelta o come un aspetto che possa essere volontariamente cambiato.

→ *L'omosessualità è un disturbo mentale?*

Psicologi e psichiatri sono concordi nell'affermare che l'omosessualità non è una malattia né un disordine mentale.

Nel 1973 l'Associazione Americana degli Psichiatri ha derubricato l'omosessualità dal manuale ufficiale (DSM) che classifica tutti i disturbi mentali. Anche l'OMS ha eliminato l'omosessualità come categoria diagnostica (ICD 10). Da allora la comunità scientifica internazionale esorta gli operatori sociali e sanitari a non trattare l'omosessualità come una patologia, bensì a considerarla come variante naturale della sessualità umana. Secondo il Codice Etico-Deontologico dell'Ordine degli Psicologi Italiani, infine, i pazienti devono essere rispettati nella loro dignità e non sono accettabili discriminazioni nel trattamento fondate sulla diversa appartenenza di orientamento sessuale.

→ *La psicoterapia può cambiare l'orientamento sessuale?*

No. Non essendo l'omosessualità una malattia mentale, non vi sono ragioni scientifiche perché sia tentata una conversione dell'orientamento sessuale.

Tentare di cambiare l'orientamento sessuale non comporterebbe soltanto una modifica del comportamento sessuale manifesto, ma richiederebbe un'alterazione delle sensazioni emotive, sentimentali e sessuali nonché una ristrutturazione complessiva dell'identità del paziente. Le organizzazioni psichiatriche internazionali hanno affermato che la terapia volta



a cambiare l'orientamento sessuale non è eticamente ammissibile e può danneggiare seriamente l'equilibrio psicologico del soggetto.

→ *Che cos'è il transessualismo?*

Secondo il DSM IV il "disturbo dell'identità di genere" è caratterizzato da una "forte e persistente identificazione col sesso opposto" e da un "persistente malessere riguardo al proprio sesso o al proprio ruolo sessuale". Vi sono MTF (uomini che transitano al genere femminile) e FTM (donne che transitano al genere maschile).

Il transessualismo si riferisce al genere e non all'orientamento sessuale: le persone transessuali possono essere eterosessuali, gay, lesbiche o bisessuali.



→ *E' vero che le relazioni tra due uomini sono instabili?*

A volte si pensa che le relazioni sentimentali stabili tra due uomini siano irrealizzabili. In realtà, molte ricerche recenti confutano questo pregiudizio e confermano l'esistenza di molte coppie di omosessuali che vivono delle relazioni durature, basate sull'affetto e il reciproco sostegno materiale e morale.

→ *È vero che nel mondo gay tutto è centrato sul sesso?*

All'interno della comunità gay, vi sono luoghi deputati all'incontro sessuale, come ad esempio le saune, i *crusing bar* (locali adibiti alla ricerca di partner sessuali) o le *dark room* (sale buie per sesso con sconosciuti). Sempre più numerosi sono poi altri spazi (bar, associazioni, ristoranti, discoteche, palestre...) che svolgono una importante funzione dal punto di vista sociale e aggregativo, poiché permettono di stare in compagnia e di trovare amici o partner.

→ *Perché gli uomini gay hanno un rischio più elevato d'infezione da HIV?*

Il virus HIV si trasmette attraverso contatti sessuali non protetti con persone con HIV/AIDS;



questo avviene indipendentemente dal genere del partner. Tre fattori spiegano comunque il rischio più elevato di infezione da HIV tra gli uomini gay. Le ricerche dimostrano che gli uomini gay tendono in media ad avere un numero maggiore di partner sessuali rispetto agli uomini eterosessuali. L'epidemiologia ha evidenziato che il sesso anale non protetto è generalmente più rischioso del sesso vaginale non protetto. In ultima istanza, la probabilità di avere un contatto sessuale con un partner con HIV/AIDS è notevolmente maggiore per un uomo omosessuale rispetto che per una persona eterosessuale, data la più elevata prevalenza di persone con HIV/AIDS nel gruppo di riferimento.

→ *Quali sono le caratteristiche chiave del comportamento sessuale degli uomini gay?*

Le ricerche dimostrano una gran diversità di comportamenti. Alcuni fanno sesso solo insertivo o solo ricettivo, altri praticano entrambi, altri ancora praticano assai raramente sesso anale perché prediligono altri tipo di contatto sessuale. In generale, non è possibile predire quali comportamenti sessuali abbia un gay senza chiederglielo.

Nel corso dei rapporti occasionali, il sesso orale è molto più frequente del sesso anale. La maggior parte degli uomini gay considera tale pratica sessuale a basso rischio di contrarre l'HIV e di conseguenza non usa i profilattici.



→ *E' vero che le donne lesbiche sono di meno?*

Ricerche estensive svolte in vari paesi rivelano che dal 2 al 6,9% delle donne descrivono se stesse come lesbiche. Gli studi sugli uomini non si discostano significativamente da questo dato. Al di là di questi indicatori numerici, le ricerche segnalano notevoli differenze nella sessualità e nell'affettività dei gay e delle lesbiche, riconducibili alle differenze biologiche, educative e culturali tra i due generi. I maschi gay tendono ad approcciare la sessualità in maniera più ricreativa e focalizzata sul corpo, le lesbiche prediligono l'intimità affettiva e una sessualità orientata alla relazione.



→ *Quali sono le caratteristiche chiave del comportamento sessuale nelle donne lesbiche?*

Le ricerche dimostrano una gran varietà di comportamenti. Gli studi rivelano che le lesbiche praticano sesso orale, sesso vaginale e anale tramite dita o oggetti sessuali. Come per i gay maschi, non è possibile predire quale sia l'attività sessuale di una lesbica senza chiederlo.

La maggior parte delle donne lesbiche considera la propria sessualità a basso rischio di contrarre l'HIV e altre MTS. Le ricerche in Italia non hanno finora riportato nessun caso di contagio per via sessuale del virus HIV da donna a donna.

Per ridurre al minimo i rischi di MTS è comunque conveniente suggerire di evitare, durante il cunnilingus, il contatto diretto con il sangue mestruale, e di usare una barriera protettiva di lattice (esempio: *dental dam*). È opportuno altresì consigliare di non scambiare oggetti sessuali, oppure di farlo usando un'adeguata protezione (preservativi).

→ *Le lesbiche sono maschiline?*

È uno stereotipo molto comune quello che descrive le lesbiche come maschiline.

La 'non femminilità' delle lesbiche si riflette in una serie di credenze: le lesbiche non si truccano, non si curano, hanno i capelli corti, sono grasse, sono brutte, giocano a calcio, non sono materne. La non conformità al ruolo di genere può essere vera per alcune lesbiche, falsa per altre.

→ *Ci sono madri lesbiche?*

Recenti studi, condotti anche in Italia, dimostrano che fino all'8% delle donne lesbiche ha dei figli. Dalle informazioni disponibili, si ritiene che la maggioranza delle madri lesbiche italiane sia costituita da donne - sposate, separate o divorziate - che hanno avuto una relazione eterosessuale e che quindi non sono ricorse all'ausilio di un donatore di seme. In altri paesi europei molte hanno invece deciso di procreare con l'aiuto della fecondazione artificiale.



Bibliografia

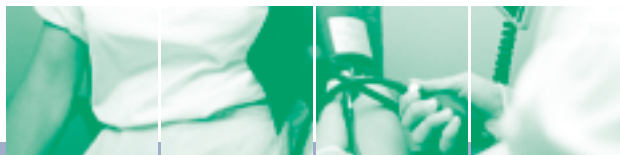
Di seguito una selezione di documenti scientifici utili per approfondimenti bibliografici sulle tematiche trattate.

Gli interessati a ricevere il CD-ROM di approfondimento predisposto all'interno del progetto possono rivolgersi al seguente indirizzo e-mail: lelleri@libero.it

- Barbagli M. & Colombo A. (2001). *"Omosessuali moderni. Gay e lesbiche in Italia"*. Il Mulino: Bologna.
- Bartlett A., King M. & Phillips P. (2001). *"Straight talking: An investigation of the attitudes and practice of psychoanalysts and psychotherapists in relation to gays and lesbians"*. British Journal of Psychiatry, 179, 545-549.
- Boehmer U. (2002). *"Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations"*. American Journal of Public Health, 92, 1125-1130.
- Bolding G., Sherr L. & Elford J. (2002). *"Use of anabolic steroids and associated health risks among gay men attending gyms"*. Addiction, 97, 195-203.
- Bontempo D. E. & D'Augelli A. R. (2002). *"Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior"*. Journal of Adolescent Health, 30, 364-374.
- Burke B. P. & White J. C. (2001). *"Well-being of gay, lesbian, and bisexual doctors"*. BMJ: British Medical Journal, 322, 422-424.
- Cochran S. D., Mays V. M., Bowen D., Gage S., Bybee D., Roberts S. J., Goldstein R. S., Robison A., Rankow E. J. & White J. (2001). *"Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women"*. American Journal of Public Health, 91, 591-597.
- Cochran S. D., Sullivan J. G. & Mays V. M. (2003). *"Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States"*. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71, 53-61.
- Colombo A. (2000). *"Gay e AIDS in Italia. Stili di vita sessuale, strategie di protezione e rappresentazioni del rischio"*. Il Mulino: Bologna.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *"Health care needs of gay men and lesbians in the United States"*. JAMA. 1996; 275(17):1354-9.



- D'Augelli A. R., Grossman A. H., Hershberger S. L. & O'Connell T. S. (2001). "Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults". *Aging & Mental Health*, 5, 149-158.
- Drescher J. (2002). "Ethical issues in treating gay and lesbian patients". *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 605-621.
- Elford J., Bolding G., Maguire M. & Sherr L. (2000). "Do gay men discuss HIV risk reduction with their GP?" *AIDS Care*, 12, 287-290.
- Eliason M. J. & Schope, R. (2001). "Does 'don't ask don't tell' apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers". *Journal of the Gay & Lesbian Medical Assn*, 5, 125-134.
- Garofalo R. & Katz E. (2002). "Health care issues of gay and lesbian youth". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 449.
- Graglia M. (2000). "L'uso di sostanze stupefacenti nei gay e nelle lesbiche". *Personalità/Dipendenze*, 2, 35-42.
- Graglia M. (2000) "Le coppie omosessuali. aspetti specifici e intervento clinico". *Ecologia della Mente*, (24), 86-95.
- Graglia M. (2000). "I disordini alimentari negli adolescenti omosessuali: un fenomeno trascurato". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 67 (2), 195-200.
- Graglia M. (2000). "L'omofobia istituzionalizzata: il caso della psicoterapia". *Psychomedia Telematic Review* (<http://www.psychomedia.it/pm/lifecycle/gender/graglia.htm>).
- Graglia M. (2000). "L'uso di sostanze stupefacenti nei gay e nelle lesbiche". (http://www.erit.org/articulos_in_italiano.htm).
- Graglia M. (2001). "Prevenzione ed empowerment nella comunità omosessuale maschile: difficoltà e risorse". *Personalità/Dipendenze*, 3, 341-348.
- Graglia M. (2001). "Le rappresentazioni dell'omosessualità nelle scienze della salute mentale: da patologia a disposizione erotico-affettiva". *Psicoterapia*, 22/23, 91-96.
- Graglia M. (2002) "Le rappresentazioni dell'identità gay e lesbica negli psicoterapeuti". *Rivista di Sessuologia*, 26 (1-2), 145-154.
- Grulich A. (2000). "HIV risk behavior in gay men: On the rise?" *BMJ: British Medical Journal*, 320, 1487-1488.
- McKirnan D. J., Venable P. A., Ostrow D. G. & Hope B. (2001). "Expectancies of sexual "escape" and sexual risk among drug and alcohol-involved gay and bisexual men". *Journal of Substance Abuse*, 13, 137-154.
- O'Hanlan K. (data attuale), "Lesbian Health and Homophobia: Perspectives for the treating



Obstetrician/Gynecologist" (<http://www.ohanlan.com/lhr.htm>)

- Pietrantoni L. (1999). *"L'offesa peggiore. L'atteggiamento verso l'omosessualità: nuovi approcci psicologici ed educativi"*. Edizioni del Cerro: Pisa.
- Pietrantoni L., Sommantico M. & Graglia M. (2000). *"Anzianità impreviste. Una ricerca su omosessualità e terza età"*. Rivista del Servizio Sociale, 1, 31- 42.
- Pietrantoni L, Fattorini G. (2000). *"I bisogni sanitari della popolazione omosessuale. Una ricerca - intervento su HIV/AIDS"*. Rapporto a cura dell'AUSL di Bologna. DSE: Bologna
- Pietrantoni L. (2001). *"Psicologia della salute"*. Carocci: Roma.
- Ryan H., Wortley P. M., Easton A., Pederson L. & Greenwood G. (2001). *"Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: A review of the literature"*. American Journal of Preventive Medicine, 21, 142-149.
- Saraceno C., Bertone C., Casiccia A. & Torrioni P. (2003). *"Diversi da chi? Gay, lesbiche, transessuali in un'area metropolitana"*. Guerini e Associati: Milano.
- Waldo C. R., Stall R. D. & Coates T. J. (2000). *"Is offering post-exposure prevention for sexual exposures to HIV related to sexual risk behavior in gay men?"*. AIDS, 14, 1035-1039.
- Williamson I. R. (2000). *"Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men"*. Health Education Research, 15, 97-107.



Risorse

A seguire alcuni siti Internet per approfondimenti medico-scientifici e per la ricerca di contatti nazionali e internazionali. La lista non intende essere esaustiva dei siti esistenti sull'AIDS o sulla salute omosessuale.

SITI MEDICI E SCIENTIFICI:

AIDSMAP

<http://www.aidsmap.org>

→ *Dati e informazioni mediche in Europa*

AEGIS (AIDS Education Global Information System)

<http://www.aegis.com>

→ *Molte novità sui trattamenti*

LESBIAN STD

<http://depts.washington.edu/wswstd/>

→ *Lesbiche e MTS*

HIVINSITE

<http://www.hivinsite.org>

→ *Prevenzione e trattamenti*

THE BODY

<http://www.thebody.com>

→ *Informazioni sui farmaci*

GAY AND LESBIAN HEALTH PROBLEMS LINKS

<http://hsl.mcmaster.ca/tomflem/gayprob.html>

→ *Molti i link disponibili*



SERVIZI E ORGANIZZAZIONI:

ARCIGAY

www.arcigay.it

→ *Sito Web della principale organizzazione nazionale per la difesa dei diritti delle persone omosessuali operante in Italia*

ARCILESBICA

www.arcilesbica.it

→ *Principale organizzazione lesbica con indicazioni di telefono amico nel territorio*

AGEDO (Associazione di genitori, parenti e amici di omosessuali)

www.agedo.org www.vabenecosi.org

→ *Appuntamenti, lettere, documenti*

FAMIGLIE ARCOBALENO

www.famigliearcobaleno.it

→ *Associazione di genitori e aspiranti genitori omosessuali*

MODIDI: RICERCA NAZIONALE SULLA SALUTE DI GAY, LESBICHE E BISESSUALI

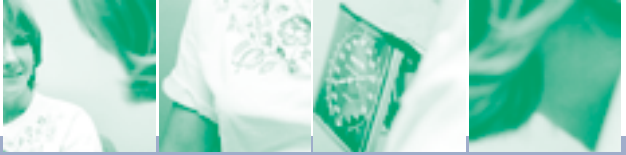
www.modidi.net

→ *Risultati della principale ricerca su salute, comportamenti e problemi di salute GLB*

GLBT HEALTH

www.glbthealth.org

→ *Sito del progetto "Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Health Access Project" volto a favorire l'accesso alle risorse sanitarie delle minoranze sessuali.*



GAY MEN'S HEALTH

<http://www.gmhp.demon.co.uk/>

→ *Informazioni e guide on-line*

GLMA (Gay and Lesbian Medical Association)

<http://www.glma.org>

→ *Documentazione, news, conferenze*

GAYHEALTH

www.gayhealth.com

→ *Portale Web gay sulla salute*

CENTRO ITALIANO DI SESSUOLOGIA

<http://www.cisonline.net>

→ *Corsi di formazione per medici e psicologi sulla sessuologia*

LESBIAN HEALTH INFO (National Center for Lesbian Health Research)

<http://www.lesbianhealthinfo.org/>

→ *Sito rivolto alle lesbiche, una parte è dedicata a come approcciare il personale medico*

LESBIAN HEALTH RESOURCE CENTER

<http://www.lesbianhealth.org>

→ *Vari i documenti disponibili, molti link*

LGBT HEALTH

<http://www.lgbthealthchannel.com/>

→ *Informazioni sanitarie per la comunità gay, lesbica, bisessuale e transgender*

Abstract

Secondo i dati epidemiologici, una persona su venti ha, nel corso della vita, almeno un'esperienza sessuale con persone dello stesso genere; eppure gli studi mostrano che gran parte dei gay, delle lesbiche e dei bisessuali non svela il proprio orientamento sessuale al medico.

Il professionista sanitario tende di conseguenza a sottostimare la consistenza numerica di questi pazienti, le cui problematiche rischiano, pertanto, di rimanere invisibili.

Questa guida non suggerisce un trattamento differenziato per gay e lesbiche, ma promuove un'assistenza sanitaria sensibile alle differenze individuali, un approccio, in altre parole, centrato sul paziente.

Gli autori

- Luca Pietrantoni, psicologo, docente della Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna.
- Margherita Graglia, psicologa, formatrice, consulente AUSL Reggio Emilia.
- Raffaele Lelleri, sociologo e tecnico di ricerca sociale, diversity trainer.

Contatti

- Luca Pietrantoni: luca.pietrantoni@unibo.it
- Margherita Graglia: margherita.graglia@fastwebnet.it
- Raffaele Lelleri: lelleri@libero.it