



PERCORSO FORMATIVO PER SERVIZI DI CURA INCLUSIVI

CURRICULUM

PROJECT N° 2021-1-FR01-KA220-ADU-000035303

Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, e l'Agenzia nazionale e la Commissione non possono essere ritenute responsabili per l'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.

Sommario

MODULO I I bisogni degli anziani LGBTQI+ e la sessualità in età anziana	0
A proposito dei bisogni sanitari, emotivi e sociali delle persone anziane	0
Invecchiare come LGBTQI+	2
Sessualità e sicurezza nelle cure a lungo termine	6
Le molteplici dimensioni della discriminazione	8
Risorse aggiuntive	12
Bibliografia	13
MODULO II Diritti umani	16
Introduzione e obiettivi formativi del modulo	16
Questioni legali relative ai diritti umani che colpiscono le persone LGBTQI+	16
Discriminazioni, uguaglianza, inclusione, abuso	18
Normative antidiscriminazione	22
La capacità giuridica	24
Dovere legale degli operatori di proteggere i loro utenti in caso di abuso e discriminazione	26
Impatto del sentimento spirituale e religioso degli operatori sul proprio lavoro con le persone LGBTQI+ e come si possono gestire i "conflitti di identità" tra gli ospiti LGBTQI+ e il personale la cui religione/ i cui valori impattano (ad esempio considerando "peccato") sulle questioni sessuali o l'omosessualità	29
Bibliografia	35
MODULO III Guida al linguaggio inclusivo e allo sviluppo di un "Vocabolario"	37
Identità di genere, sesso e orientamento sessuale: Qual è la differenza?	37
Linguaggio inclusive	38
Glossario	40
Attività n. 3.1	44
Attività n. 3.2	45
Bibliografia	46
MODULO IV La cura centrata sulla persona	48
Introduzione	48
Approccio incentrato sulla persona	49
Definizione dei valori dell'assistenza sanitaria e sociale centrati sulla persona	49
Principi dell'assistenza centrata sulla persona	51
Assistenza incentrata sulla persona anziana LGBTQI+	55
Attività pratica n. 4.1	57



Attività pratica n. 4.2	58
MODULO V Ambiente sicuro e inclusivo nell'assistenza agli anziani LGBTQI+.	60
Pratiche inclusive nelle strutture di assistenza	60
Tutela delle persone LGBTQI+	63
Atteggiamenti professionali da adottare: Cosa Fare e Cosa non fare	65
Situazioni specifiche da considerare	66
Conclusioni	67
Attività pratica nr. 5.1	68
Attività pratica nr. 5.2	70
Attività aggiuntiva	72
Bibliografia	73

MODULO I

I bisogni degli anziani LGBTQI+ e la sessualità in età anziana

La missione del progetto BestCare4LGBTQI+ è quella di sostenere lo sviluppo di servizi di assistenza agli anziani LGBTQI+ friendly, fornendo strumenti, materiali di sensibilizzazione e risorse di apprendimento ai responsabili e al personale dei servizi di assistenza domiciliare e residenziale per garantire un'assistenza più adeguata e più rispettosa e inclusiva per gli anziani LGBTQI+ che vivono in strutture di assistenza.

È dimostrato che gli anziani LGBTQI+ hanno difficoltà a ricevere un trattamento adeguato ai loro bisogni in questo tipo di servizi e che gli operatori socio-sanitari non conoscono le esigenze degli anziani LGBTQI+ (AGE Platform e ILGA Europe, 2012). Ci attendiamo che questo corso abbia un impatto positivo sugli atteggiamenti, le convinzioni e i comportamenti nei confronti delle persone LGBTQI+ e che motivi i responsabili dei servizi di assistenza ad adottare pratiche inclusive nella loro istituzione, promuovendo la gestione della diversità, necessaria affinché i servizi cambino e non siano compromessi dall'ageismo, dall'omofobia e dall'eterosessismo, che influenzano l'offerta di assistenza.

In questo modulo imparerete a conoscere le sfide e le difficoltà di invecchiare come persone LGBTQI+, quali sono i bisogni e le difficoltà specifiche di questo gruppo, la sessualità in età avanzata e saranno proposte alcune attività pratiche sulle attività di assistenza.

A proposito dei bisogni sanitari, emotivi e sociali delle persone anziane

Tutti invecchiano, questo è un dato di fatto, dal momento in cui nasciamo iniziamo a invecchiare. Invecchiare non comporta solo cambiamenti fisici nel corpo, ma anche emotivi, psicologici e sociali. Quando le persone invecchiano, le loro esigenze e preferenze cambiano e la società deve adattarsi per sostenerle. Le persone anziane possono richiedere maggiore assistenza per le attività quotidiane, l'assistenza sanitaria e la socializzazione. Possono anche trovarsi di fronte all'insicurezza finanziaria, alle difficoltà abitative e all'ageismo.

L'ageismo può portare all'isolamento sociale, alla riduzione dell'accesso all'assistenza sanitaria, alla discriminazione sul lavoro e a esiti negativi per la salute fisica e mentale. Inoltre, perpetua miti e stereotipi dannosi secondo i quali gli anziani sono meno capaci, meno validi e meno meritevoli di rispetto e assistenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'ageismo come "gli stereotipi (il modo in cui pensiamo), i pregiudizi (il modo in cui ci sentiamo) e la discriminazione (il modo in cui agiamo) diretti verso le persone sulla base della loro età"¹. L'ageismo può essere riscontrato a più livelli della società, dalle leggi, politiche o norme sociali delle istituzioni che svantaggiano le persone a causa della loro età, all'ageismo interpersonale o autodiretto (quando viene interiorizzato e rivolto contro se stessi). L'ageismo è associato a una miriade di problemi di salute che vanno dalla salute

¹ Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva.

fisica a quella mentale e al benessere sociale; è associato a una durata della vita più breve, è stato dimostrato che accelera il deterioramento cognitivo, riduce la qualità della vita, aumenta l'isolamento sociale, la solitudine e la depressione; limita inoltre la capacità di esprimere la sessualità. Aumenta anche il rischio di abusi nei confronti degli anziani, per cui l'ageismo ha conseguenze non solo sulla salute e sul benessere delle persone, ma anche in termini di diritti umani fondamentali.^{2,3}

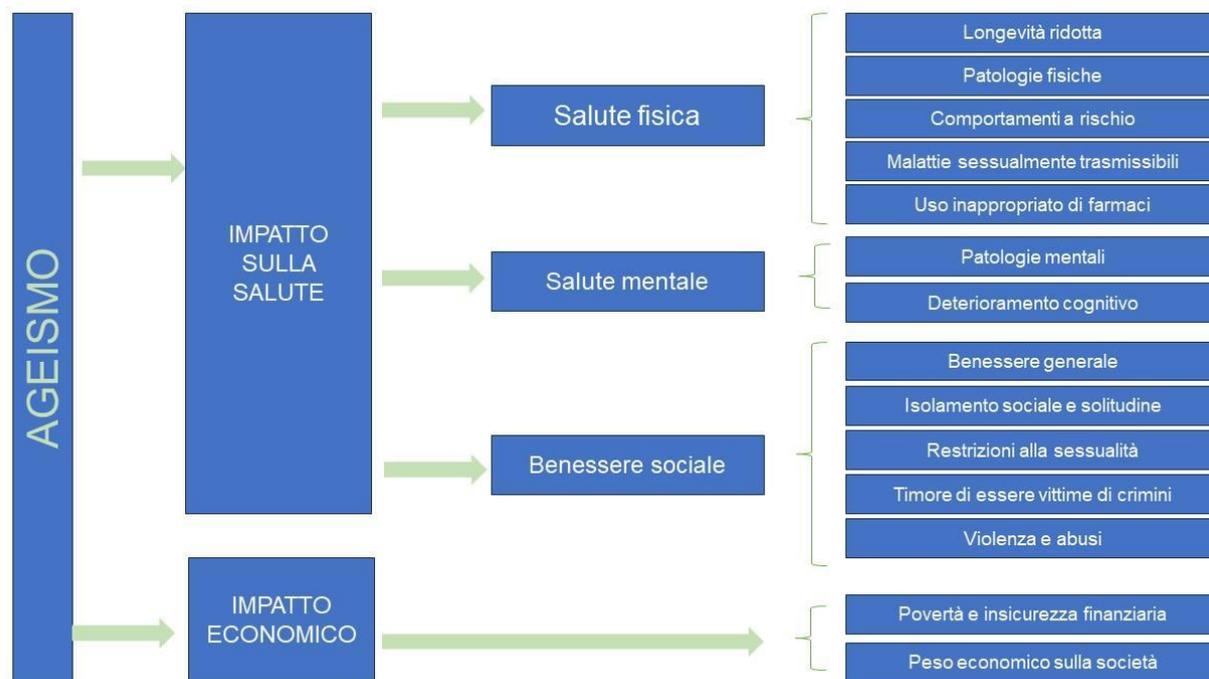


Figura 1. L'impatto dell'ageismo sulle persone anziane (da Global Report on Ageism, 2021, p. 49)⁴

Poiché la popolazione europea sta invecchiando, si prevede che entro il 2050 il numero di persone di età superiore ai 65 anni aumenterà a quasi 130 milioni da 90,5 milioni (nel 2019-2020)⁵. La domanda di assistenza sociale, che comprende l'assistenza a lungo termine (domiciliare o residenziale), è aumentata⁶ e si prevede che continuerà ad aumentare in risposta all'invecchiamento della popolazione. Attualmente non ci sono molti studi su questo argomento.

Tuttavia, i dati esistenti⁷ mostrano che la maggior parte degli anziani in assistenza residenziale trova che gli operatori abbiano un atteggiamento ageista nei loro confronti, li oggettivizzano, trascurano i bisogni primari o hanno un comportamento e uno stile di comunicazione paternalistico. È quindi essenziale affrontare l'ageismo nel miglior modo possibile, educando il

² ibidem

³ L'invecchiamento ha un impatto sulla salute e un impatto economico. L'impatto sulla salute si riferisce alla salute fisica (ridotta longevità, malattie fisiche, comportamenti sanitari a rischio, malattie sessualmente trasmissibili, uso inappropriato di farmaci), alla salute mentale (disturbi mentali, deterioramento cognitivo) e al benessere sociale (benessere generale, isolamento sociale e solitudine, sessualità limitata, paura di crimini, violenza e abusi). L'impatto economico si riferisce alla povertà e all'insicurezza finanziaria e al fatto di diventare un peso economico per la società.

⁴ Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva, p.49.

⁵ Ageing Europe - Looking at the lives of older people in the EU (2020), Eurostat.

⁶ Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva.

⁷ Idem.

pubblico in generale e i professionisti dell'assistenza sui suoi impatti negativi sui bisogni emotivi, psicologici, fisici e sociali degli anziani.

Invecchiare come LGBTQI+

Sebbene a livello europeo l'accettazione sociale delle persone LGBTQI+ sembri in aumento, con il 76% (nel 2109) degli europei che concorda sul fatto che le persone LGBTQI+ dovrebbero avere gli stessi diritti delle persone eterosessuali⁸, è bene ricordare che le percentuali variano notevolmente a seconda degli Stati Membri.

In generale, i Paesi dell'Europa occidentale e settentrionale tendono ad accettare maggiormente le persone LGBTQI+ e hanno compiuto maggiori progressi in termini di diritti e tutele LGBTQI+. Ad esempio, diversi Paesi dell'Europa occidentale e settentrionale hanno legalizzato il matrimonio e l'adozione da parte di persone dello stesso sesso e hanno leggi che proteggono le persone dalla discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere.

Al contrario, molti Paesi dell'Europa orientale sono stati più lenti nell'adottare queste tutele e continuano ad avere un atteggiamento più conservatore nei confronti delle persone LGBTQI+. Ad esempio, alcuni Paesi dell'Europa orientale hanno leggi che vietano la "propaganda dell'omosessualità" o la promozione dei ruoli di genere tradizionali, che possono essere usate per discriminare le persone LGBTQI+. Inoltre, molte persone LGBTQI+ nell'Europa dell'Est sono ancora vittime di discriminazioni e violenze e potrebbero non avere accesso al sostegno e alle risorse disponibili in altre parti d'Europa.

Un rapporto del 2014 della FRA (Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali)⁹ ha evidenziato che la maggior parte dei membri della comunità LGBTQI+ ritiene di essere stata personalmente discriminata o molestata a causa del proprio orientamento sessuale. Ciò che è interessante notare in questi dati è che la maggior parte delle persone che si sono sentite discriminate o molestate erano giovani tra i 18 e i 39 anni, mentre gli over 55 erano quelli che si sentivano meno discriminati. Una potenziale spiegazione di questi risultati potrebbe essere legata al campione più ristretto di persone con più di 55 anni, rispetto agli altri gruppi di età.

Gli anziani LGBTQI+ possono essere generalmente difficili da identificare, per ragioni che riguardano:

- **Discriminazione storica:** Molte persone anziane LGBTQI+ hanno subito discriminazioni nel corso della loro vita, il che può averli portati in passato a non dichiarare il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere
- **Paura della discriminazione:** Le persone anziane LGBTQI+ possono ancora temere discriminazioni, molestie o maltrattamenti nell'ambito dei servizi sanitari e sociali, il che potrebbe renderle meno propense a richiedere tali servizi o a partecipare agli studi. Questo potrebbe essere anche dovuto al fatto che le persone si sentono più sicure a rimanere

⁸ Special Eurobarometer 493: Discrimination in the European Union (2019).

⁹ EU LGBT survey, Main results Report. European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014

nell'ombra, dato che non esiste un quadro giuridico che le protegga veramente: *"Se nascondi la tua identità, non credo che ci sia un rischio concreto di essere discriminati o aggrediti o molestati, anche se ti comporti in modo un po' effeminato"* (Italia, gay, 25 anni)¹⁰.

- Maggiore isolamento: Le persone anziane LGBTQI+ possono avere maggiori probabilità di vivere da sole, avere reti sociali più piccole o aver perso i legami con la famiglia e gli amici a causa dello stigma o del rifiuto, il che può renderne più difficile il reclutamento per gli studi e le ricerche¹¹.
- Disparità sanitarie: Gli anziani LGBTQI+ hanno maggiori probabilità di incorrere in disparità sanitarie, come tassi più elevati di depressione, abuso di sostanze e HIV/AIDS, che possono rendere più difficile il loro reclutamento per gli studi clinici¹².

Sebbene invecchiare come persona LGBTQI+ ponga di base gli stessi problemi di tutti gli altri anziani, questo gruppo ha alcune esigenze specifiche affinché il servizio sia rispondente ai loro bisogni, sia a domicilio che in strutture residenziali. Far parte di un gruppo di minoranza sessuale comporta infatti specifiche sfide e oneri¹³. Tra questi un aumento dei fattori di rischio e dei problemi sanitari nelle persone lesbiche e gay anziane e soprattutto negli anziani transgender, che sono a rischio di patologie croniche a causa degli effetti negativi dei trattamenti ormonali. Anche i problemi di salute mentale e i disturbi da abuso di sostanze sono più elevati nella comunità LGBTQI+ anziana, per non parlare dei fattori di stress aggiuntivi legati all'omofobia nei servizi di assistenza (a domicilio o in strutture residenziali)¹⁴.

Come già detto, l'Europa ha una popolazione che invecchia sempre di più, il che significa che in futuro ci saranno anche più anziani LGBTQI+ che avranno bisogno di assistenza sanitaria e sociale. Questa diffusa discriminazione nei confronti della popolazione LGBTQI+ dovrebbe sollevare preoccupazioni tra le autorità, i servizi territoriali e le ONG che operano nel settore in merito alla qualità dei servizi sanitari e sociali che saranno disponibili per la comunità LGBTQI+ in età avanzata¹⁵. Quindi, ancora una volta, è necessario sottolineare la necessità di una formazione culturalmente sensibile e in generale lo sviluppo di maggiori competenze tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali al fine di fornire adeguato supporto a questa comunità. Il possesso di una formazione specifica nel personale potrebbe aiutare a ridurre alcune delle paure degli anziani nel cercare aiuto professionale in età avanzata e anche a ridurre l'eteronormatività all'interno dei sistemi sanitari/assistenziali^{16 17}.

¹⁰ Ibidem

¹¹ Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2014). "Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population." *The Gerontologist*, 54(3), 488-497.

¹² Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2013). "The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults." Institute for Multigenerational Health, University of Washington

¹³ Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183

¹⁶ Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). *LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications*. eScholarship, University of California

¹⁷ Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

Demenza e LGBTQI+

La demenza è un disturbo che molti temono quando pensano alla vecchiaia, perché la malattia trasforma il sé e influisce negativamente sulla capacità della persona di svolgere anche le più elementari attività quotidiane, in quanto comporta una progressiva compromissione della memoria, del pensiero, del comportamento, *"fa crollare le fondamenta dell'identità"*¹⁸.

Ciò che rende questa malattia ancora più temuta dalla popolazione LGBTQI+ è il progressivo venir meno dell'identità personale, che ovviamente include la propria identità sessuale o di genere, temuta ancor più della perdita della capacità fisica (anche nelle fasi più avanzate). Pertanto, gli anziani bisognosi di cure possono essere riluttanti a rivelare il proprio orientamento sessuale, per il timore di essere discriminati una volta che la loro mente inizierà ad essere progressivamente compromessa¹⁹. Inoltre la demenza fa emergere un'altra paura, ovvero la rivelazione indesiderata dell'identità sessuale o di genere, una volta che inizia il progressivo deterioramento cognitivo, sia da parte del paziente (a causa della compromissione delle funzioni e della perdita del controllo degli impulsi) sia da parte di chi lo assiste. Questa paura è associata alla perdita di alcuni meccanismi di coping *"che compensano altre identità sociali oppresse e rendono le persone colpite più vulnerabili alla discriminazione come risultato della rivelazione"*²⁰.

Esigenze specifiche degli anziani LGBTQI+

Abbiamo già parlato delle esigenze specifiche delle persone LGBTQI+ anziane in termini di assistenza domiciliare o residenziale, che includono il non sentirsi vittime di pregiudizio, insultati o giudicati dagli operatori. Sebbene essere trattati con rispetto anche in età avanzata sia un desiderio di tutti, nelle persone LGBTQI+ questo è ancora più importante perché si tratta di una minoranza sessuale che necessita di operatori in grado di creare un ambiente sicuro, in cui possano sentirsi tranquilli nel rivelare ed esprimere il proprio orientamento sessuale: *"L'importanza di riconoscere e sostenere apertamente le relazioni LGBT e di dichiarare la propria sessualità sono spesso citati dagli anziani LGBT come elementi fondamentali per la loro soddisfazione e sicurezza all'interno del sistema di assistenza agli anziani"*²¹.

Uno studio²² mostra che i membri anziani della comunità LGBTQI+ temono il trattamento che riceverebbero non solo dagli operatori, ma anche dagli altri residenti (se vivono in strutture residenziali). Essi ritengono che i centri di assistenza siano *"ambienti eteronormativi che"*

¹⁸ McGovern, J. (2014). The forgotten: Dementia and the aging LGBT community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 845-857.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem.

²¹ Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.

²² Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

promuovono l'invisibilità degli anziani LGBT"²³. Questa invisibilità è menzionata non solo dai senior LGBTQI+, ma anche dagli operatori che forniscono assistenza agli anziani, i quali affermano che le questioni LGBTQI+ sono evitate o ignorate.²⁴

Un altro studio²⁵ mostra che la maggior parte degli anziani LGBTQI+ nasconderebbe il proprio orientamento sessuale se venisse collocata in un centro di assistenza per paura dell'ostilità e dell'isolamento da parte del personale e degli altri residenti. Lo stesso studio ha rivelato che alcuni operatori fanno commenti negativi sui residenti, anche solo se sospettano che siano LGBTQI+. La situazione è ancora più grave per gli anziani transgender che in taluni casi affermano che *"sceglierebbero il suicidio piuttosto che subire discriminazioni nell'assistenza a lungo termine"*.

Un'altra cosa che vale la pena menzionare è che anche se in generale gli anziani LGBTQI+ affrontano sfide simili e gli studi di solito parlano di loro come gruppo, ci sono diversi gradi e impatti di queste sfide per specifiche minoranze sessuali/di genere.

La categoria più sottorappresentata dell'ombrello LGBTQI+ è la popolazione transgender anziana, perché richiede un tipo specifico di supporto o di competenza, generalmente associato alle cure mediche legate alla transizione e all'isolamento e alla solitudine che derivano dalla transizione. Uno dei pochi studi disponibili²⁶ sulla popolazione transgender anziana ha rilevato che questo gruppo è a maggior rischio di cattiva salute fisica e mentale rispetto alle altre persone LGB. Alcuni degli esiti negativi sulla salute riguardano *"lo stigma interiorizzato, la vittimizzazione e la mancanza di sostegno sociale... l'obesità per la salute fisica e la disabilità, la dissimulazione dell'identità per lo stress percepito"*²⁷. Mentre gli studi sulla popolazione anziana LGBTQI+ sono ancora pochi, le informazioni sulla popolazione transgender nello specifico sono ancora più scarse, ma molto necessarie.

Difficoltà esperite dagli anziani LGBTQI+

Le difficoltà incontrate dagli anziani LGBTQI+ sono molteplici²⁸ e la maggior parte di esse deriva dalla paura di essere discriminati a causa della loro identità sessuale o di genere:

- **Problemi nel ricevere assistenza sanitaria/sociale** - a causa della paura della discriminazione, le persone LGBTQI+ anziane ritardano o addirittura evitano completamente di accedere all'assistenza sanitaria o, se richiedono tali servizi, preferiscono nascondere la propria identità sessuale. Il fatto di nascondere il proprio orientamento sessuale agli operatori sanitari comporta un aggravamento della depressione o dei problemi medici. Secondo le ricerche, gli anziani LGB che hanno rivelato

²³ Ibidem.

²⁴ Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging.

²⁵ Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

²⁶ Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emlen, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California

apertamente ai loro curanti di essere una minoranza sessuale hanno riportato una migliore salute percepita e una minore depressione.

- **Meno opzioni per l'assistenza informale** - la maggior parte degli anziani LGBTQI+ vive da sola, ha meno probabilità di avere figli e, a differenza delle loro controparti eterosessuali - cisgender (che possono contare sui loro parenti più stretti), le loro uniche opzioni di aiuto, prima di cercare una casa di riposo, sono gli amici o il sostegno della comunità (se disponibile)
- **L'instabilità finanziaria e i problemi legali** sono un'altra preoccupazione, perché la maggior parte dei programmi e delle opportunità legali o sociali creati per sostenere gli anziani non sono adattati alle esigenze delle persone LGBTQI+.
- **Difficoltà a trovare case di riposo LGBTQI+ friendly**, in quanto spesso non esistono sul territorio o hanno dei prezzi più alti
- **Peggioramento della salute mentale e fisica** rispetto agli anziani cisgender, associato a esperienze di vittimizzazione, discriminazione e stigmatizzazione nel corso della vita. Gli anziani transgender corrono un rischio ancora maggiore rispetto agli anziani LGB. A causa di questi problemi c'è una **maggiore prevalenza di abuso di sostanze o di comportamenti a rischio** (fumo eccessivo, abuso di alcol, comportamenti sessuali a rischio, ecc.) Inoltre, a causa del fattore di stress aggiuntivo, gli anziani LGBTQI+ sieropositivi vivono in condizioni peggiori rispetto agli anziani LGBTQI+ sieronegativi.

Sessualità e sicurezza nelle cure a lungo termine

L'argomento della sessualità degli anziani rimane ancora un tabù. Questo gruppo di popolazione è spesso rappresentato come asessuato, anche in relazione al fatto che dal punto di vista medico si sottolinea un declino anche della funzione sessuale con l'avanzare dell'età. Questo può essere il risultato di una *"definizione troppo ristretta della funzione sessuale (che esclude, ad esempio, la masturbazione, il sesso non penetrativo e i rapporti omo-sessuali) e di un'attenzione eccessiva ai determinanti biologici della funzione sessuale (ad esempio, il calo dei livelli di testosterone), escludendo i determinanti psicologici e sociali (ad esempio, la depressione, la presenza o l'assenza di partner e le caratteristiche della relazione con il partner)"*^{29 30}.

Anche se la sessualità è un aspetto essenziale da esprimere anche in età avanzata, gli atteggiamenti ageisti e le rappresentazioni della sessualità in età avanzata nella società e nei media espongono gli anziani a un rischio maggiore di malattie sessualmente trasmissibili. Gli anziani appaiono meno propensi a cercare una diagnosi o un trattamento *"perché le informazioni sulle MST [malattie sessualmente trasmissibili] sono limitate, mancano servizi di salute sessuale per gli anziani e si teme di incontrare atteggiamenti ageisti nei confronti della propria sessualità"*³¹. La maggior parte delle

²⁹ Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva.

³⁰ Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. Annual review of gerontology and geriatrics, 37(1), 13-26.

³¹ Ibidem.

persone interiorizza questi stereotipi ageisti sulla sessualità nelle fasi successive della vita e a sua volta esita a discutere di questioni sessuali con i propri medici per paura di essere giudicata.

Oltre a questo tabù generale sulla sessualità nelle ultime fasi della vita, gli operatori sanitari e sociali non sono formati e istruiti adeguatamente su come affrontare questo tema. Anche nell'assistenza residenziale le conoscenze su questo tema sono carenti o ignorate e spesso manca anche la privacy necessaria per l'espressione sessuale nei centri di assistenza³².

Tenendo presente gli atteggiamenti ageisti nei confronti della sessualità in età avanzata, possiamo comprendere le ulteriori difficoltà che le persone LGBTQI+ anziane incontrano quando si tratta di esprimere o addirittura di parlare della propria sessualità. Come abbiamo già detto negli altri capitoli, è importante capire che le persone LGBTQI+ rappresentano popolazioni diverse, che variano in termini di identità sessuale e di genere, quindi ognuno di questi gruppi ha esigenze specifiche in materia di salute.

Poiché la maggior parte degli anziani è riluttante a parlare di sesso con i propri medici, il rischio di malattie sessualmente trasmissibili per questa popolazione è più elevato ed è importante che gli operatori sanitari siano consapevoli di questo problema, ad esempio delle patologie più comuni per ogni tipo di gruppo LGBTQI+, in modo da poter affrontare meglio le loro esigenze mediche. Secondo uno studio³³, le persone LGBTQI+ anziane che sono aperte a condividere le loro battaglie e le loro esperienze negative all'interno di un sistema sanitario eteronormativo, apprezzeranno un medico di base che facesse parte della comunità LGBTQI+ o che fosse un forte alleato della comunità, in modo da non sentirsi esclusi o discriminati. Questo vale soprattutto per le persone sieropositive o transgender, che sono i gruppi più stigmatizzati.

Ogni gruppo LGBTQI+ ha a che fare con alcune specifiche malattie sessuali o problemi di salute sessuale, quindi è importante menzionarli per una migliore comprensione, tenendo anche presente che i dati in nostro possesso si basano su un numero limitato di studi di ricerca. Per quanto riguarda la popolazione lesbica, la malattia sessualmente trasmissibile più comune è l'HPV (papillomavirus umano, la causa principale del cancro al collo dell'utero) e questo è dovuto al mito secondo il quale le lesbiche non sono a rischio di malattie sessualmente trasmissibili, il che le porta a non fare test di routine.

Per quanto riguarda gli omosessuali, la malattia sessualmente trasmissibile più comunemente contratta è l'HIV. La popolazione bisessuale non è stata studiata in modo chiaro e questo perché generalmente i bisessuali si identificano come lesbiche o gay a seconda del loro attuale partner, ma possiamo dedurre dai dati disponibili che i bisessuali abbiano gli stessi problemi dei loro coetanei LG.

Le persone transgender devono affrontare sfide significative per la salute sessuale: a seconda del loro orientamento sessuale possono contrarre le stesse malattie sessualmente trasmissibili dei loro coetanei LGB e, oltre a ciò, possono avere diversi altri problemi legati all'uso di ormoni (ad esempio un aumento del rischio di diabete o di malattie cardiache) o all'intervento chirurgico di

³² Ibidem.

³³ Wilson, K., Kortess-Miller, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(1), 22-31.

riassegnazione del sesso (che di solito viene effettuato più tardi nella vita per varie ragioni: accessibilità economica, rivelazione ecc.³⁴).

Le molteplici dimensioni della discriminazione

Riconoscere e affrontare l'intersezionalità è fondamentale quando si discute dei bisogni e della situazione delle persone anziane LGBTQI+ nei centri di assistenza residenziale. L'intersezionalità si riferisce alla natura interconnessa di identità sociali come l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere, la razza, l'etnia, la religione, la disabilità e altre forme di identità e oppressione.

Gli anziani LGBTQI+ possono trovarsi ad affrontare sfide ed esperienze uniche basate sulla combinazione di queste identità multiple. Ad esempio, gli anziani LGBTQI+ che appartengono anche a comunità emarginate per razza, religione o disabilità possono trovarsi ad affrontare discriminazioni e pregiudizi aggiuntivi.

La Rete europea contro il razzismo e il Centro per la giustizia intersezionale hanno pubblicato nel 2020 un rapporto su "La discriminazione intersezionale in Europa: rilevanza, sfide e strade da percorrere", che illustra le dimensioni individuali, strutturali, istituzionali e storiche della discriminazione. Potrebbe essere un buon punto di partenza per capire come l'intersezionalità sia visibile e influisca sulla qualità della vita.

³⁴ Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

Attività pratiche – riflessioni – casi di studio

Attività pratica nr. 1.1

Nome dell'attività	Lavorare con le etichette
Numero di partecipanti	Almeno 10
Obiettivi	Questa attività consentirà ai partecipanti di esercitarsi su come l'idea o il giudizio che hanno di una persona possa essere creato e modificato in base a ciò che sanno/vedono/percepiscono delle persone che li circondano.
Descrizione passo per passo	<p>Prima di tutto, il facilitatore deve creare uno spazio sicuro e dire a tutti i membri del gruppo che questo non è un luogo di giudizio e che ognuno è libero di condividere le proprie opinioni e idee senza alcun timore.</p> <p>Distribuite le schede e chiedete ai partecipanti di scrivere le risposte alle seguenti domande. Assicuratevi che non condividano le loro risposte con gli altri fino a un secondo momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Che cosa non sapremmo di te, solo guardandoti? ● A quale obiettivo stai lavorando? (personale, professionale) ● Qual è l'esperienza che ritieni ti definisca? ● Quali esperienze personali hai avuto, se ne hai avute, con la discriminazione? Se non ne hai mai avute, scrivi perché pensi che sia così. <p>Raccogliete le carte, mescolatele e passatele a caso tra i partecipanti, facendo attenzione che nessuno abbia la propria carta.</p> <p>Chiedete ai partecipanti di trovare il proprietario della carta in base alle risposte.</p> <p>Le risposte devono portare a una discussione, supportata dalle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quanto sono state accurate le ipotesi che avete fatto su persone che non conoscete bene? Cosa potete dedurre dalle vostre ipotesi? ● Perché avete scelto quella persona specifica, cosa vi ha fatto pensare che la carta sia la sua? ● Come vi siete sentiti quando avete ricevuto un biglietto che non è vostro e non vi rappresenta?

	<ul style="list-style-type: none"> • Avete imparato qualcosa che vi ha sorpreso? Perché?
Commenti e suggerimenti per i facilitatori	Il facilitatore deve sempre essere consapevole che i partecipanti potrebbero discutere di argomenti delicati. È importante evitare di prendere posizione e rimanere neutrale e obiettivo.
Risorse	Carte / carta / pennarelli

Attività pratica nr. 1.2

Nome dell'attività	Lavorare con gli scenari
Numero di partecipanti	Almeno 10
Obiettivi	Questa attività mira a fornire agli operatori dei servizi residenziali l'opportunità di sperimentare scenari simulati che evidenziano le sfide e le esperienze uniche affrontate dalle persone anziane LGBTQI+.
Descrizione passo per passo	<p>Il facilitatore introduce l'attività formativa spiegandone l'obiettivo.</p> <p>Successivamente, i partecipanti devono essere divisi in piccoli gruppi di 3-4 persone ciascuno e ricevere le dispense con le descrizioni degli scenari. Ogni gruppo deve ricevere uno scenario.</p> <p>Chiedete ai partecipanti di leggere e familiarizzare con lo scenario loro assegnato in silenzio.</p> <p>Chiedete ai partecipanti di interpretare gli scenari assegnati all'interno dei loro piccoli gruppi.</p> <p>Dopo l'attività, riunite i piccoli gruppi per una sessione di debriefing. Utilizzate domande aperte per incoraggiare i partecipanti a riflettere sulla loro esperienza, come ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quali emozioni avete provato durante l'attività? • Quali riflessioni o intuizioni avete tratto dalla rappresentazione dello scenario? • Come vi ha fatto sentire l'attività sulle sfide affrontate dalle persone anziane LGBTQI+ nelle strutture di assistenza residenziale? • Che cosa avete imparato sull'importanza dell'inclusività e della sensibilità verso le persone anziane LGBTQI+ nel vostro ruolo di professionisti dell'assistenza residenziale?

	<p>Concludere l'attività con una discussione sulle strategie e le migliori pratiche per creare un ambiente più inclusivo e di sostegno per le persone anziane LGBTQI+ nelle strutture di assistenza residenziale.</p>
<p>Commenti suggerimenti per i facilitatori</p>	<p>Incoraggiate i partecipanti a immergersi nello scenario e a riflettere sulle emozioni, i pensieri e le reazioni che provano durante la rappresentazione dello scenario.</p>
<p>Risorse</p>	<p>Dispense con descrizioni di scenari simulati (ad esempio, trattamento discriminatorio, isolamento, mancanza di inclusività... ma possono essere adattati o modificati dal formatore)</p> <p>Scenario 1: Trattamento discriminatorio</p> <p>Sei un operatore di assistenza residenziale incaricato di occuparsi di un anziano residente LGBTQI+ che ha espresso apertamente la propria identità di genere e il proprio orientamento sessuale. Tuttavia, senti un altro membro del personale fare commenti sprezzanti sulle persone LGBTQI+ e usare un linguaggio offensivo. Ti trovi di fronte alla sfida di affrontare questo comportamento discriminatorio e di garantire un ambiente sicuro e inclusivo per il tuo assistito.</p> <p>Scenario 2: isolamento</p> <p>Ti è stata affidata la responsabilità di fornire assistenza residenziale a un anziano residente LGBTQI+ che soffre di isolamento sociale a causa del suo orientamento sessuale o della sua identità di genere. L'anziano ha detto di sentirsi isolato e solo a causa del disagio nell'ammettere il proprio status di LGBTQI+ agli altri residenti o al personale. È necessario pensare a strategie per promuovere l'inclusione sociale del residente e ridurre il suo senso di isolamento.</p> <p>Scenario 3: Mancanza di inclusività</p> <p>Sei un professionista dell'assistenza residenziale incaricato di occuparsi di un anziano residente transgender che sta affrontando difficoltà a causa della mancanza di inclusività della struttura residenziale. Il residente ha espresso il suo disagio per essere stato identificato con il genere di origine, per non essere stato chiamato con il nome prescelto e per non aver ricevuto un'assistenza appropriata che confermasse il suo genere. È necessario trovare il modo di garantire che l'identità di genere del residente sia rispettata e che l'assistenza sia inclusiva e affermativa.</p> <p>Scenario 4: Rifiuto della famiglia</p> <p>Sei stato incaricato di occuparti di una persona anziana LGBTQI+ rifiutata dalla famiglia a causa del suo orientamento sessuale o della</p>



	sua identità di genere. L'individuo ha dichiarato di aver bisogno di assistenza da parte della famiglia e di sentirsi abbandonato. Dovete trovare un equilibrio tra il dare sostegno emotivo al paziente e capire come soddisfare le sue esigenze familiari non soddisfatte.
--	--

Risorse aggiuntive

- Il libro *Il dizionario degli amanti* di David Levithan è un libro breve e spiritoso, scritto in stile dizionario sulla storia d'amore tra due persone. Il genere e l'orientamento sessuale dei due personaggi sono lasciati ambigui per tutta la durata del libro, in modo da renderlo inclusivo per tutti i generi e gli orientamenti sessuali; la storia raccontata può riguardare tutti, poiché non vengono utilizzati pronomi.
- Un articolo su quattro amici gay che sono diventati famosi su Internet grazie al loro account TikTok (@oldgays). I video raccontano la loro vita, le loro esperienze, il loro coming out, il loro primo amore, ecc. in modo amichevole e simpatico, dimostrando a tutti che invecchiare fa parte della vita e che è ancora possibile godersela appieno.
 - [I "vecchi gay" avranno una loro serie tv \(nbcnews.com\)](https://www.nbcnews.com/health/older-gay-people-will-get-their-own-tv-series-ncna11111111)
- La professoressa Kathleen McInnis-Dittrich della Boston College School of Social Work parla dell'ageismo nei sistemi di assistenza e nella società e sostiene la piena partecipazione degli anziani per una società più inclusiva che promuova la dignità umana.
 - [Vivere con dignità: Giustizia sociale per gli anziani - Scuola di lavoro sociale del Boston College - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...)

Bibliografia

- Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU (2020), Eurostat. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=160405531000>
- Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.
- Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California.
- EU LGBT survey Main results Report. European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. Available at: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2014). "Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population." *The Gerontologist*, 54(3), 488-497.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2013). "The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults." Institute for Multigenerational Health, University of Washington.
- Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva.
- Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.
- Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.
- Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Available at: <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/ReadyToServe.pdf>
- McGovern, J. (2014). The forgotten: Dementia and the aging LGBT community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 845-857.
- MetLife Mature Market Institute & American Society on Aging (2010). "Still Out, Still Aging: The MetLife Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Baby Boomers."
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). "Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Electronic Health Records: A Workshop." National Academies Press.
- Special Eurobarometer 493: Discrimination in the European Union (2019). Available at: https://data.europa.eu/data/datasets/s2251_91_4_493_eng?locale=en

Wson, K., Kortess-Mr, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(1), 22-31.

MODULO 2

DIRITTI UMANI

MODULO II

Diritti umani

Introduzione e obiettivi formativi del modulo

Questo modulo esplora i diritti umani, la discriminazione e altre questioni legali che possono emergere in relazione all'assistenza di persone anziane LGBTQI+.

Nello specifico, il materiale formativo affronta i rischi di violazione dei diritti umani, di abuso e di discriminazione a cui sono esposte le persone anziane LGBTQI+; le questioni che potrebbero sorgere in caso di perdita della capacità cognitiva e le sfide legate alle convinzioni e ai valori dei professionisti dell'assistenza che potrebbero essere in contrasto con l'essere LGBTQI+. Infine, il modulo evidenzia anche gli obblighi degli operatori, sia in termini di qualità dei servizi da fornire che di protezione nei confronti dei clienti.

Al termine di questo modulo ci aspettiamo che gli studenti:

- Conoscano meglio i diritti umani e la discriminazione
- Siano più consapevoli del rischio di disuguaglianze di salute che colpiscono gli anziani LGBTQI+.
- Sappiano come i clienti anziani LGBTQI+ possono essere supportati nell'esercizio dei loro diritti legali e protetti da discriminazioni e abusi.
- Siano più capaci di esercitare l'auto-riflessione nel riconoscere i propri pregiudizi e capire come affrontarli per fornire un'assistenza di qualità ai propri utenti.

Questioni legali relative ai diritti umani che colpiscono le persone LGBTQI+

Cosa sono i diritti umani?

Secondo la definizione delle Nazioni Unite³⁵, I diritti umani sono diritti che non vengono concessi da nessuno Stato. Li abbiamo semplicemente perché esistiamo come esseri umani. Questi diritti universali sono inerenti a tutti noi, indipendentemente dalla nazionalità, dal sesso, dall'origine nazionale o etnica, dal colore della pelle, dalla religione, dalla lingua o da qualsiasi altro status. Vanno dal più fondamentale - il diritto alla vita - a quelli che rendono la vita degna di essere vissuta, come il diritto al cibo, all'istruzione, al lavoro, alla salute e alla libertà.

I diritti umani sono:

- **Universali:** Significa che tutti noi abbiamo lo stesso diritto ai nostri diritti umani.

³⁵ <https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights>

- Inalienabili: Non possono essere tolti, se non in situazioni specifiche e secondo un giusto processo. Ad esempio, il diritto alla libertà può essere limitato se una persona viene giudicata colpevole di un reato da un tribunale.
- Indivisibili e interdipendenti: significa che un insieme di diritti non può essere goduto pienamente senza l'altro e che non esistono diritti umani più importanti di altri.

Riferimenti legali

Il primo e ancora oggi più importante documento legale in relazione ai diritti umani è la [Dichiarazione Universale dei Diritti Umani](#) (UDHR), adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1948.

A livello Europeo i diritti umani sono riconosciuti e protetti da:

- [Convenzione Europea dei Diritti Umani \(CEDU\)](#) che protegge i diritti umani delle persone che vivono in Paesi membri del Consiglio d'Europa³⁶. I diritti e le garanzie stabiliti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo sono tutelati dalla Corte europea dei diritti dell'uomo.
- [Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea](#) (TEU) che fa riferimento ai diritti umani in vari articoli. Il più importante è l'articolo 2 sui valori dell'UE, che afferma che i valori fondanti dell'UE sono "la dignità umana, la libertà, la democrazia, l'uguaglianza, lo Stato di diritto e il rispetto dei diritti umani, compresi i diritti delle persone appartenenti a minoranze".
- [La Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE](#) che riunisce in un unico documento giuridicamente vincolante le libertà e i diritti personali più importanti di cui godono i cittadini dell'UE.

Diritti Umani

I diritti umani, come indicato nella UDHR, sono 30.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea elenca 50 articoli giuridicamente vincolanti relativi ai diritti politici, sociali ed economici.

Tuttavia, quelli che possiamo considerare più rilevanti in relazione alle persone anziane LGBTQI+ sono i seguenti:

- Diritto alla vita
- Libertà dalla tortura
- Libertà di movimento
- Diritto all'autonomia
- Diritto alla partecipazione e all'inclusione sociale
- Diritto alla privacy
- Libertà di espressione
- Diritto all'uguaglianza e alla non discriminazione
- Diritto alla dignità

³⁶ Si noti che il Consiglio d'Europa è completamente separato dall'Unione Europea e molto più grande, con 47 membri rispetto ai 28 dell'UE.

- Diritto all'uguaglianza di fronte alla legge
- Libertà dalla detenzione arbitraria

In effetti, quando si parla di diritti umani legati alle persone LGBTQI+, le Nazioni Unite sottolineano che gli obblighi giuridici fondamentali degli Stati per quanto riguarda la protezione dei diritti umani delle persone LGBTQI+ includono l'obbligo di:

- Proteggere le persone dalla violenza omofobica e transfobica
- Prevenire la tortura e i trattamenti crudeli, inumani e degradanti
- Abrogare le leggi che criminalizzano le relazioni tra persone dello stesso sesso e transgender.
- Proibire la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere.
- Salvaguardare le libertà di espressione, associazione e riunione pacifica per le persone LGBTQI+.

D'altro canto, questo aspetto si interseca con le preoccupazioni specifiche relative al rispetto dei diritti umani delle persone anziane che necessitano di assistenza a lungo termine. Come è emerso dal progetto di ricerca di [ENNHRI](#), mentre in generale i professionisti dell'assistenza utilizzano un approccio centrato sulla persona per informare il loro lavoro, valorizzando gli utenti anziani come individui e rispettando la loro dignità e indipendenza, diverse pratiche identificate in relazione alla piena protezione dei diritti umani delle persone anziane nelle case di riposo hanno suscitato preoccupazioni, in particolare circa

- il rispetto della dignità
- il diritto alla privacy, all'autonomia e alla partecipazione
- l'accesso alla giustizia.

Discriminazioni, uguaglianza, inclusione, abuso

Discriminazione ed uguaglianza

La discriminazione si verifica quando una persona non è in grado di godere dei propri diritti umani o di altri diritti legali alla pari degli altri a causa di una distinzione ingiustificata fatta nella politica, nella legge o nel trattamento.³⁷

L'articolo 1 della UDHR afferma: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti". La libertà dalla discriminazione, sancita dall'articolo 2, è ciò che garantisce questa uguaglianza".

La non discriminazione attraversa tutte le leggi internazionali sui diritti umani, possiamo trovarla

- nel preambolo della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea ("l'Unione si fonda sui valori indivisibili e universali della dignità umana, della libertà, *uguaglianza* e solidarietà")

³⁷ <https://www.amnesty.org/en/what-we-do/discrimination/>

- nonché nell'articolo 14 (“Divieto di discriminazione”) della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

Sfortunatamente, questi principi sono ben lungi dall'essere una realtà per le persone anziane LGBTQI+, che sono spesso esposte al rischio di discriminazione a causa della loro età, orientamento sessuale e identità di genere. I principali campi di discriminazione rilevanti per il nostro argomento sono:

- **Salute:** I servizi sanitari, compresi i servizi infermieristici e di assistenza agli anziani, sono stati accusati di rispecchiare i presupposti eteronormativi e di età della società non riuscendo a riconoscere le identità LGBTQI+ e, più specificamente, i bisogni delle persone LGBTQI+ anziane.³⁸

Sebbene sia difficile recuperare nella ricerca dati solidi a livello europeo sulle pratiche discriminatorie verso gli LGBTQI+ avvenute nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari, vi è un ampio consenso tra i ricercatori sul fatto che la paura anticipata della discriminazione possa portare a sfiducia e alla scarsa accettazione dei servizi sanitari e quindi possa avere un impatto sulla qualità della vita delle persone LGBTQI+ anziane. Ciò è particolarmente preoccupante alla luce del fatto che una recente ricerca ha mostrato livelli relativamente elevati di cattive condizioni di salute tra gli anziani LGBTQI+, inclusi diabete e depressione, nonché un'elevata incidenza di problemi di salute mentale per le persone anziane LGBTQI+³⁹.

Secondo le ricerche⁴⁰ è anche importante riconoscere che gli stereotipi non consapevoli verso gli anziani LGBTQI+ (e altri gruppi a rischio di discriminazione) persistono nel sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria e che questi pregiudizi contribuiscono alle disparità di salute. Le diagnosi e il trattamento dei loro pazienti da parte dei professionisti sanitari possono anche essere influenzati da pregiudizi inconsci, di per sé un importante contributo alle disparità di salute.

Quando si tratta specificamente di persone trans, dal momento che molte di loro non rientrano facilmente nelle categorie binarie di servizi sanitari segregati per genere rivolti a donne e uomini cisgender, ci sono prove che questo potrebbe impedire loro l'accesso ai servizi sanitari di cui avrebbero bisogno. Ad esempio, le donne trans potrebbero richiedere esami della prostata e gli uomini trans potrebbero richiedere strisci cervicali. Ci sono evidenze di persone trans morte dopo che gli è stato negato l'accesso a tali servizi⁴¹

D'altra parte, è più facile trovare dati basati sull'evidenza in relazione alla discriminazione basata sull'età nei servizi sanitari. In particolare⁴² quando si tratta di discriminazione indiretta, vale a dire quando gli atteggiamenti e i presupposti basati sull'età dei

³⁸ Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International journal of older people nursing*, 10(3), 230-240.

³⁹ Sharek D.B. et al, 2015, cit.

⁴⁰ Foglia MB, Fredriksen-Goldsen KI. Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias. *Hastings Cent Rep*. 2014 Sep;44 Suppl 4(0 4):S40-4. doi: 10.1002/hast.369. PMID: 25231786; PMCID: PMC4365932.

⁴¹ UNPD, Discussion Paper Transgender Health and Human Rights December 2013

⁴² Clark A., Ageism and age discrimination in primary and community health care in the United Kingdom A review from the literature, Centre for Policy on Ageing December 2009

"professionisti" o delle "organizzazioni" informano la decisione-produzione e fornitura di servizi, come quando si ritiene che gli anziani abbiano una priorità inferiore rispetto ai giovani e quindi abbiano meno probabilità di ricevere le cure di cui hanno bisogno. Ad esempio, secondo l'OMS⁴³ una revisione sistematica nel 2020 ha mostrato che nell'85% (127) di 149 studi, l'età ha determinato chi avrebbe dovuto ricevere specifiche procedure o trattamenti medici.

- **Riconoscimento delle relazioni:** Circa la metà degli Stati membri dell'UE consente alle coppie dello stesso sesso di sposarsi. Altri offrono forme alternative di unione civile. Sei Stati membri non prevedono uno status giuridico per le coppie dello stesso sesso. Tuttavia, anche nei paesi in cui sono in vigore il matrimonio o le unioni civili, le leggi sono relativamente recenti e potrebbero non aver avuto un impatto sui cittadini più anziani che rappresentano una generazione che ha vissuto tempi in cui le relazioni tra persone dello stesso sesso erano criminalizzate e patologizzate.

Il mancato riconoscimento delle coppie dello stesso sesso ha un impatto su diversi aspetti della vita, tra cui il processo decisionale e l'assistenza, l'accesso alla protezione sociale e alla sicurezza finanziaria. Ciò diventa particolarmente preoccupante quando le persone invecchiano e non possono garantire che il loro partner (a carico) abbia accesso alle loro pensioni e beni o quando dovranno prendere decisioni sull'assistenza di fine vita.

Le coppie dello stesso sesso possono non avere diritti di eredità, anche dopo una vita passata a condividere e acquisire proprietà. Non avere un riconoscimento legale come parente stretto significa che una persona potrebbe non avere diritto alla pensione di reversibilità, all'assicurazione sanitaria del convivente o a continuare a vivere nella casa del coniuge deceduto. Se qualcuno viene ricoverato in ospedale dopo un grave incidente e non è in grado di spiegare la propria relazione personale, al partner della persona possono essere negati i diritti di visita o l'accesso alla cartella clinica.⁴⁴

Inclusione

Quando si parla di inclusione delle persone anziane LGBTQI+ si fa riferimento a un concetto più ampio rispetto alla discriminazione. In effetti, questi due termini sono spesso confusi, ma mentre l'esclusione sociale potrebbe essere una conseguenza di pratiche discriminatorie, di per sé potrebbe non essere una discriminazione, come legalmente definita. Naturalmente, ciò non significa che non abbia un impatto sul benessere delle persone anziane LGBTQI+ e che non debba essere affrontato come un fenomeno che compromette la qualità dell'assistenza fornita.

Le persone anziane LGBTQI+ possono essere socialmente escluse a causa di fattori socioeconomici (come basso reddito, mancanza di una rete sociale, salute e condizioni abitative) e come risultato di discriminazioni basate sul loro orientamento sessuale che incidono sulla loro capacità di realizzare la propria autonomia e i loro diritti di cittadinanza.

⁴³ Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.

⁴⁴ <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/access-to-registered-same-sex-partnerships-it-s-a-question-of-equality>

In generale, la ricerca che coinvolge gli anziani indica che, indipendentemente dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere, molti sperimentano la solitudine e temono l'isolamento mentre invecchiano. Tuttavia, per le persone LGBTQI+ anziane il rischio è più elevato in quanto di solito hanno forme di supporto significativamente meno tradizionali rispetto alla popolazione anziana eterosessuale. È più probabile che vivano da soli, non siano in coppia, non abbiano figli e non abbiano un familiare a cui rivolgersi in caso di bisogno. In considerazione di ciò, gli operatori devono essere consapevoli del potenziale di isolamento e solitudine all'interno di questo gruppo e fare ogni sforzo per aiutare la persona a costruire reti con la comunità, inclusa la comunità LGBTQI+.⁴⁵

Nonostante alcuni progressi sui diritti LGBTQI+ raggiunti da molti paesi negli ultimi decenni, le persone anziane LGBTQI+ a livello globale hanno trascorso parti significative della loro vita in un clima di odio, criminalizzazione, patologizzazione, violenza e discriminazione. Per questo motivo, le attuali situazioni socio-economiche delle persone anziane LGBTQI+ sono peggiori di quelle della loro controparte non LGBTQI+, sperimentano l'omofobia e la transfobia interiorizzate e generalmente non si fidano delle istituzioni statali.⁴⁶

Molte persone anziane LGBTQI+ riportano esperienze negative quando hanno a che fare con il personale dei servizi sanitari e di assistenza a lungo termine, ad esempio insensibilità e supposizioni eteronormative da parte di professionisti o percezione di essere trattati con imbarazzo, rifiuto, ostilità, sospetto, pietà o condiscendenza⁴⁷

Abuso

L'abuso sulle persone anziane, come definito dall'OMS, è un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di un'azione appropriata, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui vi è un'aspettativa di fiducia, che causa danno o angoscia a una persona anziana. Questo tipo di violenza costituisce una violazione dei diritti umani e include abusi fisici, sessuali, psicologici ed emotivi; abusi finanziari e materiali; abbandono; trascuranza e grave perdita di dignità e rispetto. I dati sull'entità del problema in istituzioni come ospedali, case di cura e altre strutture di assistenza a lungo termine sono scarsi. Tuttavia, una recente revisione della letteratura sull'abuso di persone anziane in contesti istituzionali indica che il 64,2% del personale ha riferito di aver perpetrato qualche forma di abuso nell'ultimo anno.⁴⁸

Pertanto, mentre l'aver bisogno di cure e l'essere residente in una struttura assistenziale possono essere entrambi considerati fattori di rischio di abuso, l'essere LGBTQI+ sembra aumentare ulteriormente questo rischio. Le persone anziane LGBTQI+, in particolare le coorti attuali, hanno fatto per tutta la vita esperienze di abusi e discriminazioni associati alla loro sessualità/identità sessuale e/o identità di genere. In età avanzata, sono più vulnerabili a tale abuso, in quanto possono

⁴⁵ Sharek D.B. et al, 2015, cit.

⁴⁶ International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Intersections of ageism and age discrimination with cisheteronormativity, homophobia and transphobia, and discrimination based on sexual orientation, gender identity and gender expression, Submission to the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, To inform forthcoming report to the 48th session of the Human Rights Council, April 2021

⁴⁷ Sharek D.B. et al, 2015, cit.

⁴⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

essere meno in grado di evitarlo/negoziarlo, e in quanto, a causa dei bisogni assistenziali legati all'età avanzata, possono trovarsi anche in contesti assistenziali. Per questo, le persone anziane LGBTQ+ sono sia a rischio di "abuso sugli anziani" come lo sono tutte le persone anziane, sia a rischio di abusi specifici verso LGBT in età avanzata.⁴⁹

Normative antidiscriminazione

Quadro normativo dell'Unione Europea

A livello europeo, diverse disposizioni di legge vietano la discriminazione nei confronti delle persone LGBTQI+, anche se il quadro giuridico è frammentato in diversi atti legislativi e non copre allo stesso modo l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Pertanto, è necessario leggere congiuntamente il "patchwork" della legislazione per ottenere una piena comprensione del quadro generale.

Per quanto riguarda il diritto primario, la base giuridica del principio di non discriminazione basata sull'orientamento sessuale può essere individuata in quattro articoli fondamentali:

1. Art. 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE– divenuto documento vincolante dall'entrata in vigore del cosiddetto "Trattato di Lisbona" il 1° dicembre 2009 – che vieta esplicitamente la discriminazione basata sull'orientamento sessuale;
2. Art. 2 del Trattato sull'Unione europea (TUE) afferma che la non discriminazione è uno dei valori fondanti dell'Unione europea
3. Art. 3 del trattato sull'Unione europea (TUE) sancisce che l'UE "combatte l'esclusione sociale e la discriminazione"
4. Art.19 del trattato sul funzionamento dell'UE (TFUE), che consente di affrontare questo tipo di discriminazione attraverso la legislazione secondaria.

In base a questi principi, nel 2000 sono state adottate due direttive:

- la Direttiva sull'uguaglianza in materia di occupazione (2000/78/CE) vieta la discriminazione sulla base dell'orientamento sessuale, della religione o delle convinzioni personali, dell'età e della disabilità nel contesto lavorativo;
- la Direttiva sull'uguaglianza razziale (2000/43/CE): vieta la discriminazione sulla base della razza o dell'etnia nel contesto lavorativo, ma anche nell'accesso al sistema di welfare e sicurezza sociale, nonché a beni e servizi. Si noti che questa direttiva non copre l'ambito di interesse di questo testo, ma è utile perché stabilisce le categorie di discriminazione.

Fondamentalmente, la discriminazione non consente a tutti gli individui una prospettiva giusta ed equa di accesso alle opportunità disponibili in una società. Gli individui che si trovano in situazioni simili dovrebbero ricevere un trattamento simile e non essere trattati meno favorevolmente semplicemente a causa di una particolare caratteristica "protetta" che possiedono, tuttavia in alcune situazioni anche un trattamento basato su una regola apparentemente neutra può

⁴⁹ Sue Westwood (2019) Abuse and older lesbian, gay bisexual, and trans (LGBT) people: a commentary and research agenda, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31:2, 97-114, DOI: 10.1080/08946566.2018.1543624

costituire una discriminazione, se svantaggia una persona o un gruppo di persone a causa della loro particolare caratteristica.

Queste due situazioni definiscono due tipi di discriminazione: Discriminazione diretta e Discriminazione indiretta:

- **Discriminazione diretta** si verifica quando una persona è trattata meno favorevolmente di quanto un'altra sia, sia stata o sarebbe trattata in una situazione analoga, per uno qualsiasi dei motivi [riconosciuti dalla legge come caratteristiche protette]⁵⁰
- **Discriminazione indiretta** si verifica quando una disposizione, un criterio o una pratica apparentemente neutri pongono le persone aventi una particolare caratteristica protetta in una posizione di particolare svantaggio rispetto ad altre persone, a meno che tale disposizione, criterio o pratica non sia oggettivamente giustificata da uno scopo legittimo e che i mezzi per raggiungere lo scopo non siano appropriati e necessari⁵¹

Oltre a questi due tipi di comportamenti, ne vengono presi in considerazione altri riguardanti la discriminazione come: molestie, istruzione a discriminare, discriminazione per associazione:

- **Molestie**, che si configurano come forma di discriminazione, quando un comportamento indesiderato riconducibile ad uno qualsiasi dei motivi riferiti ad una caratteristica protetta avvenga con lo scopo o con l'effetto di violare la dignità di una persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo.⁵²
- **L'istruzione a discriminare** nei confronti di persone per uno qualsiasi dei motivi riferiti a una caratteristica protetta è considerata una discriminazione
- La **discriminazione per associazione**⁵³, laddove la vittima della discriminazione non sia essa stessa la persona con la caratteristica protetta, ma finisca per essere discriminata perché associata, legata, ad una persona con una caratteristica protetta o ad una situazione correlata ad una situazione protetta, come ad es. una persona licenziata a causa della sua partecipazione a una parata per l'uguaglianza LGBTQI+, a prescindere dal suo effettivo orientamento sessuale che è la caratteristica protetta⁵⁴

Quadro giuridico del Consiglio d'Europa

Oltre alle istituzioni e alle fonti del diritto dell'UE, vale la pena ricordare il Consiglio d'Europa (CoE), che è un'organizzazione intergovernativa nata dopo la seconda guerra mondiale per promuovere,

⁵⁰ Articolo 2, § 2, lett. (a), Employment Equality Directive (2000/78/EC)²¹

⁵¹ Articolo 2, § 2, lett. (b), Employment Equality Directive (2000/78/EC)²¹

⁵² Articolo 2, § 3, Employment Equality Directive (2000/78/EC)²¹

⁵³ Questa categoria è stata stabilita per la prima volta dalla Corte di giustizia europea (CGUE, C-303/06, S. Coleman v. Attridge Law e Steve Law [GC], 17 luglio 2008) giudicando un caso in cui una madre sosteneva di essere stata trattata sfavorevolmente sul lavoro perché suo figlio era disabile. In quel caso la CGUE ha ritenuto che ciò equivallesse a discriminazione e molestia sulla base della disabilità di suo figlio, quindi non perché lei stessa avesse quella caratteristica ma a causa di una caratteristica di una persona a cui era legata e alla quale è stata associata.

⁵⁴ Polonia, Tribunale Distrettuale di Varsavia (Tribunale di seconda istanza), V Ca 3611/14, 18 Novembre 2015

tra le altre cose, lo stato di diritto, la democrazia, i diritti e lo sviluppo sociale (vedi Preambolo e Articolo 1 dello Statuto del Consiglio d'Europa).

Nel 1950, gli Stati membri del Consiglio d'Europa hanno adottato la Convenzione per la protezione dei diritti umani e fondamentali, meglio nota come Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU). Tale Convenzione è stata aperta alla firma a Roma il 4 novembre 1950 ed è entrata in vigore il 3 settembre 1953. Essa è stata il primo strumento a rendere effettivi e vincolanti alcuni dei diritti sanciti dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo.

La CEDU stabilisce legalmente l'obbligo vincolante per i suoi membri di garantire un elenco di diritti umani a tutti coloro che rientrano nella loro giurisdizione, non solo ai cittadini. L'attuazione della CEDU è esaminata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, che giudica i casi intentati contro gli Stati membri da chiunque abbia violato o violato i propri diritti ai sensi della CEDU. Per quanto qui rilevante, gli articoli della CEDU che riguardano la discriminazione verso le persone LGBTQI+ sono i seguenti

- **Art. 8 CEDU:** afferma che ognuno ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare. La Corte ha affermato che il concetto di "vita privata" è un termine ampio, che abbraccia aspetti dell'identità fisica e sociale di un individuo (*Y.Y contro Turchia*, 2015, § 56), quindi elementi quali l'identificazione di genere, il nome e l'orientamento sessuale e la vita sessuale rientrano nella sfera personale tutelata dall'art 8 (*Sousa Goucha v. Portogallo*, 2016, § 27; *B. v. Francia*, 1992, § 63; *Dudgeon v. Regno Unito*, 1981, § 41; *Beizaras e Levickas c. Lituania*, 2020, § 109; *Smith e Grady contro il Regno Unito*, 1999, § 71). L'articolo 8 tutela anche il diritto allo sviluppo personale e il diritto di stabilire e sviluppare relazioni con altri esseri umani e con il mondo esterno (*Schlumpf v Svizzera*, 2009, § 77)
- **Art. 14 CEDU:** contiene il divieto di discriminazione per vari motivi. Anche se questo articolo non elenca esplicitamente il sesso, l'età, l'orientamento sessuale e l'identità di genere, queste categorie sono incluse nell'espressione "*altro stato*". Scopo di tale articolo è però il divieto di discriminazioni nell'esercizio dei diritti della Convenzione, per cui – per ampliarne l'ambito - il patto è stato attuato con un Protocollo (il n. 12), il cui art. 1 afferma che “Tutte le persone devono poter esercitare i propri diritti senza essere discriminate per motivi quali il sesso, il colore della pelle, le convinzioni politiche o religiose o le origini”⁵⁵

Le categorie di discriminazione viste sopra giocano qui un ruolo molto importante, perché nella sua giurisprudenza, la Corte europea dei diritti dell'uomo fa riferimento sia alla legislazione dell'UE che alla giurisprudenza della CGUE⁵⁶, quindi andando anche al di là dell'ambito e degli scopi della giurisdizione dell'UE.

La capacità giuridica

L'invecchiamento è talvolta correlato a malattie e condizioni che compromettono le capacità cognitive delle persone anziane e quindi mettono in discussione le loro capacità di

⁵⁵ L'Italia, pur avendo firmato questo protocollo, non lo ha ratificato, pertanto questo protocollo non è vigente in Italia.

⁵⁶ European Union Agency for Fundamental Rights and Council of Europe, *Handbook on European non-discrimination law*, pag. 19 e per esempio si veda ECtHR, *Biao v. Denmark*, No. 38590/10 [GC], 24 May 2016

autodeterminazione e di prendere decisioni autonome. Questa situazione è preoccupante e complessa per qualsiasi persona anziana, ma potrebbe esserlo maggiormente per le persone anziane LGBTQI+ e questo per due motivi principali:

Autodeterminazione

Una prima questione in materia di sostegno, cura e assistenza è quella dell'autodeterminazione.

L'autodeterminazione è spesso descritta in termini di capacità delle persone di fare scelte e gestire la propria vita. Ma non si tratta solo di prendere decisioni. Riguarda il modo in cui le decisioni su se stessi (cioè sull'identità personale e l'espressione di sé) vengono riconosciute e accettate da altre persone. Essere LGBTQI+ è una parte centrale dell'identità, che le persone anziane con disabilità cognitiva temono di dimenticare. A causa degli stereotipi e della persistenza di un approccio biomedico alla demenza, la malattia spesso diventa la principale caratteristica distintiva di una persona, prestando meno attenzione alle cose che la rendevano unica, come il genere e l'identità sessuale. Avere la demenza può gradualmente rendere più difficile per le persone LGBTQI+ gestire la propria identità di genere e sessuale nella vita di tutti i giorni in contesti diversi.

La gestione delle identità di genere significa prestare attenzione a molti segnali e aspettative diversi nel contesto delle interazioni interpersonali, comprese le pratiche, l'abbigliamento, i manierismi, il tono della voce, il trucco, i peli del corpo e gli stili di comunicazione, solo per citarne alcuni. Le menomazioni legate alla memoria, alla concentrazione, all'attenzione e alla pianificazione possono interferire con l'efficace gestione dell'identità di genere/sessuale e potrebbe esserci scarso supporto o comprensione al di fuori della comunità LGBTQI+.⁵⁷

Dal punto di vista degli operatori sanitari, ciò significa che è importante fornire supporto alle persone LGBTQI+ affette da demenza affinché esercitino la loro autodeterminazione nella massima misura possibile, ad esempio rispettando l'identità di genere che stanno cercando di comunicare in modo che la persona sia non solo riconosciuta da altre persone per quello che lui, lei o loro sono, ma continui anche a sentire che è quello che è, e ha ciò di cui ha bisogno perché questo possa accadere.

Il conferimento del potere decisionale

La demenza ha un impatto sulla capacità giuridica del paziente e ad un certo punto diventa necessario nominare qualcuno che sia riconosciuto come rappresentante legale della persona con demenza, al fine di prendere decisioni relative, ad esempio, alla salute, all'assistenza o alle finanze. Sebbene questo sia vero per qualsiasi persona che vive con la demenza, il fatto che sia più comune per le persone LGBTQI+ fare affidamento su reti di supporto alternative e preferenze per il supporto, rispetto ai tradizionali legami familiari, lo rende ancora più rilevante per questo gruppo. Infatti, anche se da un punto di vista strettamente legale i familiari non hanno alcun diritto di decidere per conto della persona con demenza se non nominati da un giudice, è vero che spesso

⁵⁷ Alzheimer Europe, Sex, gender and sexuality in the context of dementia: a discussion paper, 2021

sono loro riconosciuti alcuni privilegi e vengono quantomeno consultati dagli operatori sanitari e sociali.

D'altra parte, i caregiver che non sono membri legali o biologici della famiglia spesso hanno un potere legale limitato per essere coinvolti nelle questioni del consenso e del processo decisionale che sorgono nel contesto del peggioramento del declino cognitivo se non sono designati come delegati dell'assistenza sanitaria.⁵⁸

Ad esempio, nel caso di coppie LGBTQI+ se il partner non è stato designato come delegato alle scelte sanitarie non potrà di norma prendere decisioni mediche. Ai partner e alle persone care senza un legame formale può anche essere negato l'ingresso nelle unità di terapia intensiva o possono essere esclusi dalle conversazioni con il personale medico.⁵⁹ Inoltre, nelle cure di fine vita, coloro che sono coinvolti in relazioni non tradizionali possono essere esclusi in vari modi, ad esempio non potendo avere un ruolo attivo nella cura del morente o non vedendo riconosciuto il proprio lutto.⁶⁰ Infatti, a loro non potrà essere applicata nessuna delle prassi pensate per privilegiare i parenti prossimi, perché, ad eccezione dei partner legalmente riconosciuti, gli altri saranno considerati legalmente degli estranei.⁶¹

Dal punto di vista dei professionisti della cura, ciò significa da un lato non trascurare e riconoscere il ruolo dei partner intimi, ma anche degli amici e delle reti sociali informali e dare la possibilità agli utenti di esprimere la propria volontà in termini di famiglie elettive. D'altra parte, significa anche fornire informazioni e segnalazioni alle organizzazioni che possono supportare gli anziani LGBTQI+ con gli aspetti legali, al fine di provvedere in tempo utile a testamenti, testamenti biologici e procure per le decisioni sanitarie.

Dovere legale degli operatori di proteggere i loro utenti in caso di abuso e discriminazione

Gli operatori sociali e sanitari hanno il dovere generale di proteggere i propri utenti dai rischi ai quali possono essere esposti. Anche se questo tema potrebbe essere disciplinato in modo più specifico nelle legislazioni nazionali, esistono documenti di riferimento internazionali che possono fornirci alcuni principi guida.

Dando uno sguardo al codice etico di uno dei più significativi tra i professionisti della cura, il **Codice etico per gli infermieri** redatto dal Consiglio Internazionale degli Infermieri (CEN) afferma che “gli infermieri⁶² devono intraprendere azioni appropriate per salvaguardare individui, famiglie,

⁵⁸ Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E., & Goldsen, J. (2018). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) older adults and their caregivers: Needs and competencies. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), 545-569.

⁵⁹ Buckley, J. W., & Browning, C. N. (2013). Factors affecting the LGBT population when choosing a surrogate decision maker. *Journal of social service research*, 39(2), 233-252.

⁶⁰ Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E., & Goldsen, J. (2018), cit.

⁶¹ de Vries, B., Gutman, G., Soheilipour, S., Gahagan, J., Humble, Á., Mock, S., & Chamberland, L. (2022). Advance care planning among older LGBT Canadians: Heteronormative influences. *Sexualities*, 25(1-2), 79-98.

⁶² Naturalmente non coprono tutte le professioni assistenziali ma sono ampiamente regolamentate in modo da poter essere considerate paradigmatiche del professionista dell'assistenza

comunità e popolazioni quando la loro salute è messa in pericolo da un collega, qualsiasi altra persona, da una politica, una pratica o dall'uso improprio della tecnologia”⁶³

Da questa norma è possibile dedurre che gli infermieri hanno un dovere di cura verso coloro di cui si prendono cura.

Il dovere di diligenza si traduce in due sub-obblighi:

- L'obbligo di proteggere, che riguarda la protezione del cliente da tutte le fonti di pericolo.
- L'obbligo di controllo, che riguarda il controllo di determinate fonti di pericolo nei confronti di tutti i pazienti che possono essere assistiti.

Nelle professioni assistenziali la figura dell'utente può essere contemporaneamente oggetto di protezione e fonte di pericolo. Per quanto rileva ancora qui, l'utente anziano potrebbe essere discriminato, ma potrebbe anche discriminare.

Concentrandoci sull'argomento di nostro interesse,

- L'articolo 1.2 del CEN prevede che "Gli infermieri promuovano un ambiente in cui i diritti umani, i valori, i costumi, le credenze religiose e spirituali dell'individuo, delle famiglie e delle comunità sono riconosciuti e rispettati da tutti”.
- L'articolo 1.4, "Gli infermieri mantengono riservate le informazioni personali e rispettano la privacy, la riservatezza e gli interessi dei pazienti nella raccolta, uso, accesso, trasmissione, conservazione e divulgazione leciti delle informazioni personali". Questo è un argomento molto delicato, dal momento che molti LGBTQI+ anziani potrebbero non essersi rivelati o non volersi rivelare tali
- L'articolo 1.8, “Gli infermieri dimostrano valori professionali come rispetto, giustizia, reattività, cura, compassione, empatia, affidabilità e integrità. Sostengono e rispettano la dignità e i diritti universali di tutte le persone, compresi gli utenti, i colleghi e le famiglie.”;
- L'articolo 1.10 “Gli infermieri forniscono un'assistenza centrata sulla persona e basata sull'evidenza, riconoscendo e utilizzando i valori e i principi dell'assistenza sanitaria primaria e della promozione della salute lungo tutto l'arco della vita.
- E, ultimo ma non meno importante, il CEN - fornendo le proprie linee guida di applicazione - afferma che "applicando gli Elementi del Codice "infermieri e dirigenti infermieristici forniscono alle persone un'assistenza focalizzata, culturalmente appropriata, che rispetta i diritti umani ed è sensibile ai valori, ai costumi e alle credenze delle persone senza pregiudizi o ingiuste discriminazioni”⁶⁴

Spostando l'attenzione sugli assistenti sociali, secondo la Federazione internazionale degli assistenti sociali il lavoro sociale è “una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento e lo sviluppo sociale, la coesione sociale e l'emancipazione e la liberazione delle persone. I principi di giustizia sociale, i diritti umani, la responsabilità collettiva e il rispetto per le diversità sono fondamentali per il lavoro sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, delle discipline umanistiche e dei saperi indigeni, il servizio sociale

⁶³ Art. 2.9 of The International Council of Nurses, Code Of Ethics For Nurses, revised 2021

⁶⁴ The International Council of Nurses, Code Of Ethics For Nurses, revised 2021, p. 7

coinvolge le persone e le strutture per affrontare le sfide della vita e migliorare il benessere. La definizione di cui sopra può essere ampliata a livello nazionale e/o regionale.”⁶⁵

A questo proposito la **Dichiarazione dei principi etici del lavoro sociale globale** stipula:

- al Principio 2, “Promozione dei diritti umani” che gli assistenti sociali abbracciano e promuovono ciò i diritti fondamentali e inalienabili degli esseri umani, come si evince dagli strumenti e dalle convenzioni sui diritti umani e che gli assistenti sociali rispettano e difendono il principio di indivisibilità dei diritti umani e promuovono tutti i diritti civili, politici, economici, sociali, culturali e ambientali. Riconoscendo che la cultura a volte funge da travestimento per violare i diritti umani, gli assistenti sociali agiscono da mediatori culturali per consentire la costruzione del consenso, trovare un giusto equilibrio tra diritti umani in competizione, e difendere i diritti degli individui e dei gruppi emarginati, stigmatizzati, esclusi, sfruttati e oppressi. Inoltre, afferma che gli assistenti sociali riconoscono che i diritti umani devono coesistere accanto alla responsabilità collettiva, comprendendo che i diritti umani individuali possono essere realizzati su base quotidiana solo se le persone si assumono la responsabilità l'una dell'altra e dell'ambiente e se lavorano verso la creazione di relazioni reciproche all'interno delle comunità. Infine, afferma che gli assistenti sociali forniscono alle persone informazioni sui loro diritti e sostengono i loro sforzi per accedere ai propri diritti.”
- al Principio 3.1, “Rifiuto della discriminazione e dell'oppressione istituzionale”, il codice afferma che gli assistenti sociali contestano la discriminazione per qualsivoglia motivo. Che riconoscono come l'ideologia, le leggi, le politiche, i regolamenti, i costumi o le pratiche possano creare disuguaglianze e impedire ai membri di determinati gruppi un trattamento equo e che dovrebbero lavorare contro la discriminazione e l'oppressione istituzionalizzate in tutte le sue forme.

Mentre i suddetti principi sono chiaramente impostati sul lato della protezione, altri principi sottolineano altrettanto chiaramente la dualità del dovere di diligenza come protezione e controllo nel lavoro con gli utenti degli assistenti sociali. Per esempio:

- Principio 3.2. stabilisce che gli assistenti sociali lavorano per rafforzare le comunità inclusive che rispettano la diversità etnica e culturale, tenendo conto delle differenze individuali, familiari, di gruppo e comunitarie, ma che riconoscono che il rispetto e l'accettazione della diversità non devono essere usati per allargare i confini del relativismo morale, fino al punto in cui vengono violati i diritti di alcuni gruppi di persone, compreso il diritto alla vita (ad esempio delle donne e delle minoranze sessuali, etniche e religiose). Gli assistenti sociali problematizzano e sfidano quelle pratiche culturali che limitano il pieno godimento dei diritti umani”.
- Inoltre se nel Principio 4, (Promozione del diritto all'autodeterminazione) si afferma che gli assistenti sociali riconoscono le persone come capaci e autodeterminate (4.1), allo stesso tempo si afferma che gli assistenti sociali rispettano e promuovono i diritti delle persone a compiere le proprie scelte e decisioni, a condizione che ciò non minacci i diritti e gli interessi legittimi degli altri (4.2).

⁶⁵ <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> consultato il 02.03.2023

Impatto del sentimento spirituale e religioso degli operatori sul proprio lavoro con le persone LGBTQI+ e come si possono gestire i "conflitti di identità" tra gli ospiti LGBTQI+ e il personale la cui religione/ i cui valori impattano (ad esempio considerando "peccato") sulle questioni sessuali o l'omosessualità

Ricerche condotte negli Stati Uniti generalmente indicano la religione come uno dei più forti predittori di atteggiamenti nei confronti dell'omosessualità. Ma, poiché la ricerca è stata condotta principalmente in nazioni cristiane, non è chiaro come le fedi non giudaico-cristiane plasmino l'opinione pubblica sull'omosessualità. Inoltre, il lavoro in sociologia culturale suggerisce che lo sviluppo economico e la stabilità politica possono svolgere un ruolo importante nell'influenzare l'opinione pubblica verso gruppi e comportamenti non normativi, come l'omosessualità. Tuttavia anche se gli studi condotti negli Stati Uniti e in Europa tendono a concentrarsi sull'influenza delle credenze religiose personali e sull'affiliazione per comprendere gli atteggiamenti nei confronti dell'omosessualità, non bisogna dimenticare che anche la cultura religiosa di una nazione può modellare gli atteggiamenti. La ricerca sui contesti religiosi ha infatti suggerito che anche le persone che non sono personalmente religiose possono essere influenzate dalla cultura religiosa del paese in cui vivono.⁶⁶

Le tensioni tra religione e diritti LGBTQI+ si manifestano in termini di rivendicazioni concorrenti ai sensi della CEDU, vale a dire gli articoli 8 (vita privata e familiare), 9 (libertà di pensiero, coscienza e religione), 10 (libertà di espressione) e 14 (divieto di discriminazione nell'ingerenza di altri diritti della CEDU).

Infatti, mentre non tutti i rami della religione né tutti gli individui religiosi sono intolleranti nei confronti delle persone LGBTQI+, alcuni dei quali sono essi stessi religiosi⁶⁷, potrebbe sorgere un problema sulla compatibilità di alcune opinioni religiose con un'assistenza adeguata. Secondo la ricerca, è probabile che sostenere valori contrari alle proprie credenze religiose crei stressanti "conflitti di identità" per alcuni operatori sanitari e un'esperienza non autentica per i destinatari del servizio.⁶⁸

Il pregiudizio è un fattore importante, anche se non l'unico, che determina se gli individui agiranno o meno discriminazioni o molestie o violenze basate sull'identità nei confronti di una persona o di un gruppo di persone. Tuttavia, indipendentemente dalla sua forma e intenzione, il pregiudizio ha sempre il potenziale per causare danni perché riduce il valore, lo status o l'importanza attribuita alle persone dell'"altro gruppo", ecco perché dovrebbe essere riconosciuto e affrontato.⁶⁹

Sulla base delle ricerche disponibili, non è chiaro se e in che misura avere pregiudizi nei confronti di LGBTQI+ influisca sulla qualità dei servizi forniti dal personale infermieristico ai pazienti. Infatti, secondo uno studio recente, una persona il cui atteggiamento non è così affermativo nei confronti

⁶⁶ Adamczyk, A., & Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research*, 38(2), 338-351.

⁶⁷ Westwood, S. (2022). Can religious social workers practice affirmatively with LGBTQ service recipients? An exploration within the regulatory context. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 1-21.

⁶⁸ Westwood, S. (2022), op. cit.

⁶⁹ Swift, H. J., Mahmood, L., & Abrams, D. (2016). Prejudice and unlawful behaviour: Exploring levers for change.

della comunità LGBTQI+ è ancora in grado di fornire servizi in linea con le migliori pratiche, ma meno affermativo è il proprio atteggiamento, meno è probabile che fornisca le migliori pratiche. In un altro studio condotto con infermieri psichiatrici nel sud di Taiwan è stata determinata una correlazione positiva tra i loro atteggiamenti omofobi e la volontà di prestare assistenza a pazienti lesbiche e gay. Ad esempio, questa ricerca ha rilevato che gli infermieri psichiatrici con atteggiamenti negativi nei confronti delle persone omosessuali avevano maggiori probabilità di avere meno intenzione di fornire loro assistenza⁷⁰.

Quindi, per superare quel pregiudizio ed evitare gli effetti limitanti di quella prospettiva, gli operatori sanitari hanno bisogno di una formazione aggiuntiva che si concentri sull'essere vigili contro gli effetti di distorsione del giudizio causati da pregiudizi e stereotipi e dovrebbero cogliere ampie opportunità per riflettere su se stessi. Senza il riconoscimento dei propri pensieri, sentimenti, esperienze e motivazioni, gli operatori sanitari possono imporre le proprie intenzioni ai propri pazienti. La consapevolezza di queste prospettive consente loro di ottenere intuizioni per le implicazioni pratiche future e di riconoscere correttamente i loro *bias*.⁷¹ Gli operatori dovrebbero diventare consapevoli dei propri valori nei confronti dell'orientamento sessuale e integrarli con i propri valori personali e professionali al fine di migliorare le proprie capacità pratiche.

Questo si può ritrovare per es. anche nella Dichiarazione dei principi etici del lavoro sociale globale, dove si evidenzia che “gli assistenti sociali apprezzano che la necessità di tale differenziazione chiarita all’art. 1.2 richieda una pratica di critica riflessiva. Come assistenti sociali noi (così come le persone con cui interagiamo) portiamo nel rapporto di lavoro le nostre storie, dolori e gioie, i nostri valori e orientamenti religiosi, spirituali e culturali. La riflessione critica su come il personale influenza il professionista e viceversa deve essere il fondamento della pratica etica quotidiana”.⁷²

Anche se gli operatori potrebbero non essere d'accordo con lo stile di vita, le convinzioni religiose o la cultura dei loro pazienti, ognuno di loro merita di ricevere l'assistenza più competente e compassionevole possibile. In questo senso, può essere utile una maggiore educazione sul tema dell'assistenza non giudicante relativa a pazienti lesbiche, gay, bisessuali e transgender.

Inoltre, l'esperienza di trattare con persone LGBTQI+ è un fattore importante nel cambiare gli atteggiamenti omofobici a favore di queste persone. Studi mostrano che avere relazioni sociali con individui LGBTQI+ e conoscere persone LGBTQI+ sono correlati ad atteggiamenti e convinzioni positive nei confronti di questi individui e possono contribuire a cambiamenti negli atteggiamenti negativi.⁷³ Pertanto, come teorizzato da Allport, il contatto sociale è anche una strategia che può essere messa in atto per diminuire gli atteggiamenti omofobici nel personale di cura.

⁷⁰ Hou, S. Y., Pan, S. M., Ko, N. Y., Liu, H. C., Wu, S. J., Yang, W. C., ... & Yen, C. F. (2006). Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in southern Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 22(8), 390-397.

⁷¹ Mecklenburg, C. A. (2020). *Attitudes and Practices of Social Workers Toward the LGBTQ Community* (Doctoral dissertation, Olivet Nazarene University, Bourbonnais, Illinois).

⁷² The International Association of Schools of Social Work (IASSW), *Global Social Work Statement Of Ethical Principles*, principle 1.3

⁷³ Aynur, T., Gamze, A. K., & Cennet, U. S. (2020). Attitudes of nurses to lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) individuals in Turkey. *Int. J. Caring Sci*, 13, 1914-1922.

Attività pratiche – riflessioni – casi di studio

Attività pratica nr. 2.1

Nome dell'attività	Pregiudizio, stereotipo e discriminazione nei confronti degli anziani LGBTQI+ (Durata: 1h e 30 min)
Numero di partecipanti	Minimo 3
Obiettivi	Lo scopo di questa attività è guidare i partecipanti a riflettere sulle differenze e le correlazioni tra pregiudizio, stereotipo e discriminazione nei confronti degli anziani LGBTQI+ nei contesti assistenziali e su come una buona qualità dell'assistenza può essere fornita a tutti i residenti.
Descrizione passo passo	<ol style="list-style-type: none"> Dividi i partecipanti in gruppi da 3 a 6 persone Fornisci a ciascun gruppo un poster che rappresenti questa immagine⁷⁴ <div data-bbox="592 913 1321 1451" data-label="Diagram">  </div> Invita ogni gruppo a discutere (concedi +/- 20 min) e poi a scrivere accanto a ciascun titolo esempi di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni legati alla cura degli anziani LGBTQI+. Chiarisci che non devono scrivere i loro pensieri personali, ma possono fare riferimento a discussioni che hanno ascoltato o situazioni che hanno vissuto. Tornate in plenaria e condividete gli esempi trovati da ciascun gruppo. Quindi aprite una discussione: come sono interconnessi stereotipi, pregiudizi e discriminazioni? Perché è importante essere consapevoli dei nostri pregiudizi e di come possono influenzare la nostra pratica? (+/- 30 min.)

⁷⁴ Fonte dell'immagine: Organizzazione Mondiale della Sanità, Global report on ageism, 2021

	<p>5. Ora fornisci a ciascun partecipante un foglio con la stessa immagine e chiedi loro di scrivere i propri stereotipi e pregiudizi nei confronti del gruppo di utenti (non necessariamente LGBTQI+ in quanto potrebbero non avere esperienza diretta) e, nel caso, qualsiasi situazione in cui riconoscono di non aver fornito la stessa qualità di assistenza ai membri di questi gruppi. <u>Chiarire che questo è per l'auto-riflessione e che non sarà loro richiesto di condividere.</u> Dedica a questo esercizio +/- 10 min.</p> <p>6. Apri una discussione (+/- 20 min): come possiamo assicurarci che la nostra pratica mantenga standard elevati per tutti i clienti, nonostante i nostri valori e le nostre idee personali? È possibile? Sì, no, perché</p>
Commenti/suggerimenti per i facilitatori	<p>Questo esercizio mira a suscitare opportunità di autoriflessione in relazione al fatto che tutti possiamo avere pregiudizi o essere tenuti a lavorare in situazioni che sfidano i nostri valori personali, ma che come professionisti dobbiamo trovare modi per evitare che ciò abbia un impatto negativo sulla nostra pratica. È importante guidare la discussione in un modo che non sia giudicante, ma piuttosto che cerchi di suscitare strategie e approcci per supportare i professionisti nel mettere in discussione il proprio lavoro in modo costruttivo.</p>
Risorse	<ul style="list-style-type: none"> • Poster con copie dell'immagine sopra (una per gruppo) • Fogli A4 con copie dell'immagine sopra (una per partecipante) • Pennarelli

Attività pratica nr. 2.2

Nome dell'attività	Conflitto di valori/modalità di conciliazione (Durata: 1 ora e 30 min)
Numero di partecipanti	Min. 6
Obiettivi	Individuare e comprendere le ragioni sottese alla posizione schiacciante sulla base di valori e bisogni personali. Trovare una soluzione per conciliarli.
Descrizione passo passo	I partecipanti saranno divisi in due gruppi. Ad ogni gruppo verrà fornita una descrizione di un caso (estratto da una giurisprudenza reale) in cui il valore religioso personale è in conflitto con la condizione LGBTQI+ in una situazione in cui il detentore di valore religioso deve fornire un servizio al cliente LGBTQI+.

	<p>Un gruppo sosterrà la posizione dell'assistente sociale religioso, un altro gruppo sosterrà la posizione dell'utente LGBTQI+.</p> <p>Dopo ogni esposizione, ciascuno potrà passare all'altro gruppo se, a causa della discussione ascoltata, avrà cambiato idea.</p> <p>Dopo lo scambio, ogni gruppo discuterà un modo per conciliare le posizioni conflittuali.</p>
Commenti/suggerimenti per i facilitatori	<p>L'obiettivo è quello di dare spazio a ciascuna posizione e, allo stesso tempo, discutere su come l'operatore può fare in modo che il suo valore non diventi un pregiudizio e una discriminazione nell'erogazione del servizio e su come fornire assistenza all'utente non debba costringere l'operatore a cambiare i propri pensieri e valori</p>
Risorse	<p>Una copia della descrizione del caso per ciascun partecipante</p>

CASO DA DISTRIBUIRE

Tommaso è un assistente sociale e un cristiano devoto. Secondo lui la Bibbia è l'autorevole parola di Dio. Tommaso ha pubblicato una serie di commenti sul suo account Facebook su una notizia apparsa in rete che riguardava la condanna per omissione di atti d'ufficio di un'impiegata di un ufficio anagrafe di un Comune in quanto si era rifiutata di registrare l'unione civile tra una coppia dello stesso sesso a causa delle sue convinzioni religiose cristiane sul riconoscimento delle coppie omosessuali. Tommaso ha pubblicato circa una ventina di post in risposta ai commenti di altri. I commenti di Tommaso includevano dichiarazioni e osservazioni che esprimevano opinioni sull'unione tra persone dello stesso sesso e sull'omosessualità:

"... Il matrimonio tra persone dello stesso sesso è un peccato, che lo accettiamo o meno"

"...L'omosessualità è un peccato, non importa come la vuoi mettere"

"... [L'omosessualità] è un atto malvagio e Dio odia questo atto"

"... Dio odia il peccato e non l'uomo"

"... Un giorno Dio eliminerà tutte le malattie e tutte le sofferenze. Si sbarazzerà anche del diavolo che è l'autore di ogni malvagità. Quel giorno verrà sicuramente. Ma ricorda che Egli giudicherà anche tutti coloro che si sono abbandonati a ogni forma di atti malvagi come l'omosessualità".

Ha anche incluso una serie di citazioni bibliche:

"...Se un uomo giace con un maschio come con una donna, entrambi hanno commesso un abominio. Levitico 18:22"

"...Proprio come Sodoma e Gomorra e le città circostanti che allo stesso modo si sono abbandonate all'immoralità sessuale e hanno perseguito il desiderio sessuale, servono da esempio subendo una punizione di fuoco eterno. Giuda 1."

“... Per questo Dio li ha abbandonati a passioni disonorevoli. Perché le loro donne hanno scambiato i rapporti naturali con quelli che sono contro natura; e allo stesso modo gli uomini abbandonarono i rapporti naturali con le donne e furono consumati dalla passione gli uni per gli altri; uomini che commettono atti svergognati con uomini e ricevono in se stessi la dovuta punizione per il loro errore: Romani 1:26-28”.

Questi post sono stati portati in forma anonima all'attenzione dell'Ordine degli Assistenti Sociali. L'Ordine ha ritenuto che Tommaso violasse due requisiti professionali stabiliti dal codice deontologico:

(a) La tutela dell'integrità e del decoro della professione

(b) L'assenza di discriminazione

Di conseguenza, Tommaso è stato radiato dall'Ordine.

Gruppo A dovrebbe assumere la posizione di Tommaso, sostenendo l'idea che nonostante le sue convinzioni personali possa ancora esercitare la professione di assistente sociale senza che queste abbiano un impatto sui suoi utenti.

Gruppo B dovrebbe sostenere la posizione dell'Ordine, sostenendo l'idea che Tommaso non può svolgere la professione di assistente sociale e dovrebbe essere radiato.

Poi i due gruppi dovrebbero discutere se si possa trovare una mediazione accettabile tra le due posizioni e come.

Bibliografia

- Adamczyk, A., & Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research*, 38(2), 338-351
- Alzheimer Europe, Sex, gender and sexuality in the context of dementia: a discussion paper, 2021
- Aynur, T., Gamze, A. K., & Cennet, U. S. (2020). Attitudes of nurses to lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) individuals in Turkey. *Int. J. Caring Sci*, 13, 1914-1922
- Buckey, J. W., & Browning, C. N. (2013). Factors affecting the LGBT population when choosing a surrogate decision maker. *Journal of social service research*, 39(2), 233-252.
- Byrne, J. (2013). Discussion paper: transgender health and human rights. *New York: United Nations Development Program*.
- Clark A., Ageism and age discrimination in primary and community health care in the United Kingdom A review from the literature, Centre for Policy on Ageing December 2009
- de Vries, B., Gutman, G., Soheilipour, S., Gahagan, J., Humble, Á., Mock, S., & Chamberland, L. (2022). Advance care planning among older LGBT Canadians: Heteronormative influences. *Sexualities*, 25(1-2), 79-98.
- European Union Agency for Fundamental Rights and Council of Europe, *Handbook on European non-discrimination law*, 2018
- Foglia MB, Fredriksen-Goldsen KI. Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias. *Hastings Cent Rep*. 2014 Sep;44 Suppl 4(0 4):S40-4. doi: 10.1002/hast.369. PMID: 25231786; PMCID: PMC4365932
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E., & Goldsen, J. (2018). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) older adults and their caregivers: Needs and competencies. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), 545-569
- Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021
- Hou, S. Y., Pan, S. M., Ko, N. Y., Liu, H. C., Wu, S. J., Yang, W. C., ... & Yen, C. F. (2006). Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in southern Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 22(8), 390-397
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Intersections of ageism and age discrimination with cisheteronormativity, homophobia and transphobia, and discrimination based on sexual orientation, gender identity and gender expression, Submission to the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, To inform forthcoming report to the 48th session of the Human Rights Council, April 2021
- Mecklenburg, C. A. (2020). Attitudes and Practices of Social Workers Toward the LGBTQ Community (Doctoral dissertation, Olivet Nazarene University, Bourbonnais, Illinois)

Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International journal of older people nursing*, 10(3), 230-240.

Swift, H. J., Mahmood, L., & Abrams, D. (2016). Prejudice and unlawful behaviour: Exploring levers for change.

The International Association of Schools of Social Work (IASSW), Global Social Work Statement Of Ethical Principles

The International Council of Nurses, Code Of Ethics For Nurses, revised 2021

Westwood S. (2019) Abuse and older lesbian, gay bisexual, and trans (LGBT) people: a commentary and research agenda, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31:2, 97-114, DOI: 10.1080/08946566.2018.1543624

Westwood, S. (2022). Can religious social workers practice affirmatively with LGBTQ service recipients? An exploration within the regulatory context. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 1-21.

MODULO 3

MODULO III - GUIDA AL
LINGUAGGIO INCLUSIVO E
ALLO SVILUPPO DI UN
“VOCABOLARIO”



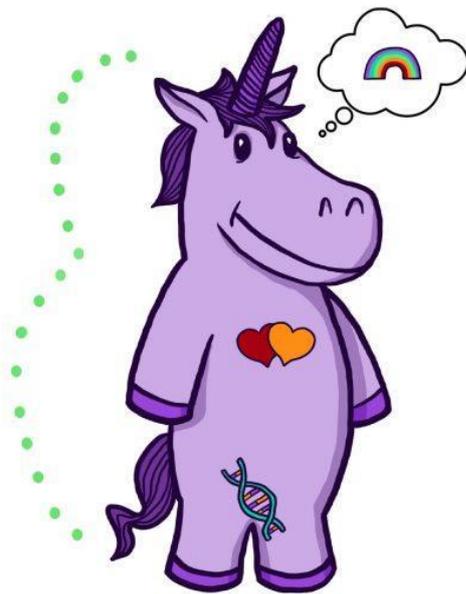
MODULO III

Guida al linguaggio inclusivo e allo sviluppo di un "Vocabolario"

Identità di genere, sesso e orientamento sessuale: Qual è la differenza?

L'Unicorno di Genere

Graphic by:
TSER
Trans Student Educational Resources



Per saperne di più visita la pagina:
www.transstudent.org/gender

Disegnato da Landyn Pan e Anna Moore



GENERE

In genere si ritiene che esistano solo due poli di genere (maschile e femminile) perché la nostra società pensa al genere in modo binario. Tuttavia, molte possibilità di genere si collocano tra i due poli "maschio-femmina" o al di fuori dello spettro "maschio-femmina".

ESPRESSIONE DI GENERE

Sono i diversi modi in cui le persone esprimono la propria identità di genere (aspetto) e la mettono in scena socialmente. Può essere abbastanza femminile, più maschile, più androgino... Stiamo parlando di modi di vestire, camminare e muoversi, di truccarsi o meno, di parlare, di indossare questo o quell'attributo fisico (come l'acconciatura, i peli del corpo, ecc.).

IDENTITÀ DI GENERE

L'identità di genere si riferisce al modo in cui una persona si definisce, è il genere con cui una persona si identifica. Quando l'identità di genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita, si parla di persone cisgender. Ma può essere diversa, come nel caso delle persone transgender.

SESSO

Insieme di caratteristiche biologiche (genetiche, epigenetiche, endocrine, scheletriche...) utilizzate per dividere gli esseri umani in due categorie rigide: "maschio" e "femmina".

ASSEGNAZIONE SESSUALE

L'assegnazione sessuale è la decisione presa dal medico alla nascita del bambino, dopo l'osservazione dei suoi genitali, di barrare la casella M (maschio) o F (femmina) sul certificato di nascita.

ORIENTAMENTO SESSUALE

È l'attrazione sessuale o l'assenza di attrazione sessuale verso un'altra persona (uomo, donna o persona di altro sesso). Si può essere eterosessuali, omosessuali, bisessuali, asessuali, ecc.

Linguaggio inclusive

Che cos'è il linguaggio inclusivo?

Il linguaggio è una delle principali categorie che contribuiscono ai cambiamenti che promuovono la diversità e l'inclusione. L'uso di parole positive che riconoscono la diversità delle persone e dimostrano dignità e rispetto per il modo in cui esse descrivono il proprio corpo, il proprio genere e le proprie relazioni. Un linguaggio inclusivo è una forma di comunicazione libera da denigrazioni, pregiudizi, discriminazioni e stereotipi. È un modo di parlare e scrivere che riconosce e valorizza la diversità e promuove l'uguaglianza. Si tratta di evitare un linguaggio insensibile, dispregiativo o offensivo nei confronti di alcuni gruppi di persone, come quelli basati sulla razza, il genere, la sessualità, l'abilità o qualsiasi altro aspetto della loro identità. Anche se molte persone non usano un linguaggio offensivo, ci sono molti casi in cui un linguaggio quotidiano apparentemente innocente può far sentire le persone a disagio e/o escluse. Il linguaggio inclusivo aiuta a creare un ambiente accogliente e rispettoso per tutte le persone, indipendentemente dal loro background. Contribuisce inoltre ad abbattere le barriere e a promuovere la comprensione e l'accettazione delle differenze. Utilizzando un linguaggio inclusivo, possiamo promuovere una società più inclusiva ed equa.

Pronomi

L'uso dei pronomi è un modo in cui le persone si riferiscono agli altri e a se stesse. Una persona può essere uomo, donna, nessuno dei due o entrambi, utilizzando una serie di pronomi che possono essere o meno in linea con le aspettative sociali associate all'identità di genere. Dobbiamo usare i pronomi corretti per convalidare e rispettare l'identità di genere di ogni persona. Se non siamo sicuri di quali siano i pronomi di qualcuno, possiamo chiederglielo con rispetto: "Che pronomi usi?".

Nella lingua inglese è d'uso il ricorso al pronome "they" che letteralmente tradurremmo come "loro". Purtroppo, la lingua italiana non ha pronomi neutri per esprimere i desinenti non binari. L'uso del plurale è spesso evitato per implicazioni culturali, oltre che grammaticali, poiché può essere facilmente confuso con il "loro" reverenziale se impiegato nel linguaggio quotidiano, e non risolve comunque il problema della declinazione degli aggettivi al maschile e femminile – che marcherebbero comunque il genere. La questione del non-binario linguistico trova al momento una discussione di ampio respiro nella comunità LGBTQI+, che incoraggia l'uso dell' * e dello schwa nella lingua scritta per evitare la declinazione, e nella lingua parlata l'utilizzo di pronomi indefiniti e verbi impersonali ("Ti sei divertito/a?" diventa in questo caso "È stato divertente?").

Come usare un linguaggio inclusivo

Ecco alcuni suggerimenti:

- Dobbiamo comprendere e rispettare la differenza tra orientamento sessuale e identità di genere.
- Non dobbiamo dare per scontato il genere di una persona. Non dobbiamo abusare o presumere i pronomi di una persona.
- Non dovremmo menzionare il genere, la sessualità, ecc. di una persona, a meno che non sia rilevante.
- Dovremmo essere neutrali dal punto di vista del genere quando non parliamo di una persona specifica.
- Dovremmo essere inclusivi delle identità non binarie usando frasi come "indipendentemente dal genere", "tutti i generi" o "generi diversi" piuttosto che "uomini e donne", "entrambi i generi" o "genere opposto".
- Quando parliamo di un individuo, dovremmo usare il linguaggio che usa per riferirsi a se stesso. Dobbiamo accettare e rispettare il modo in cui le persone definiscono il loro genere e la loro sessualità. Quando non siamo sicuri, dobbiamo chiedere.
- Non dobbiamo dare per scontato che tutti siano eterosessuali. Ad esempio, dovremmo evitare di usare "moglie" o "marito" perché queste parole presuppongono che tutte le relazioni siano eterosessuali. Possiamo invece usare "partner" o "coniuge".
- Dovremmo evitare di chiedere alle persone cosa "preferiscono". Essere LGBTQI+ non è una preferenza o una scelta.
- Dobbiamo evitare di creare invisibilità. Le persone LGBTQI+ sono spesso rese invisibili nelle conversazioni, nei discorsi pubblici e nelle rappresentazioni culturali e mediatiche.
- Dobbiamo evitare gli stereotipi sulle persone LGBTQI+. Porre limitazioni o aspettative sulle persone perché appartengono a un certo gruppo è dannoso, offensivo e discriminatorio. Sfidare le battute e i commenti dispregiativi di stampo queerfobico parlando e definendoli tali contribuisce a creare un ambiente inclusivo della diversità di genere e sessuale.
- Dovremmo evitare espressioni che denigrano o banalizzano le diverse esperienze e desideri sessuali delle persone LGBTQI+.
- Dovremmo evitare le microaggressioni. Le microaggressioni si riferiscono a comportamenti o interazioni quotidiane, intenzionali e non, che possono sembrare offensivi o ostili e che alcuni ritengono innocui.

- Dovremmo usare un linguaggio incentrato sulla persona ed evitare di de-personalizzare le persone riferendoci ad esse in modo categorico. Invece di lesbiche, gay, bisessuali e transgender, dovremmo usare persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e LGBTQI+.
- Dovremmo evitare i termini che presuppongono che una persona di un determinato genere ricopra una posizione lavorativa. Ad esempio invece di “donne delle pulizie” dovremmo usare “addetti alle pulizie”.
- Dobbiamo evitare di usare termini o espressioni paternalistiche che possano offendere o perpetuare stereotipi. Evitiamo frasi come “è così gay” e “stanno sperimentando”.

E se faccio un errore?

Le persone possono temere di offendere o di essere messe in imbarazzo se usano una parola, un nome o un pronome sbagliato, in particolare verso le persone trans o non-binarie. L'importante è cercare di usare un linguaggio rispettoso e, se si commette un errore, scusarsi prontamente e continuare la conversazione. È normale sbagliare. La pratica rende perfetti, quindi continuate a provare: è perfettamente normale commettere errori e anche i membri delle comunità LGBTQI+ non sempre usano i termini corretti. Se si commette un errore, è sufficiente scusarsi e continuare la conversazione o modificare il proprio lavoro, se è il caso. Ma gli errori ripetuti dimostrano una mancanza di rispetto e possono essere molto dolorosi. Se questa pratica continua o è intenzionale, può costituire un atto di bullismo o di discriminazione.

Glossario

LGBTQI+

Acronimo di Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersex. Il "+" si riferisce a tutte le identità, gli orientamenti e le espressioni non rappresentate nell'acronimo. In breve, a tutte le altre realtà.

Essere LGBTQI+ non è mai una scelta, è una condizione innata e impossibile da cambiare, proprio come essere eterosessuali o cisgender. Le persone LGBTQI+ sono distribuite uniformemente nel mondo e nel tempo, ma non tutti i cittadini hanno le stesse opportunità di esprimere se stessi liberamente. Si ritiene che tra il 5% e il 15% degli esseri umani possa essere definito o possa definire sé stesso come LGBTQI+. Le persone LGBTQI+ si riuniscono sotto un unico acronimo perché sono vittime di sistemi di oppressione e invisibilità in qualche modo simili, ma tutte queste lettere rappresentano anche realtà di vita diverse.

Le prime tre lettere dell'acronimo LGB sono gli orientamenti sessuali:

LESBICA

Aggettivo usato per parlare di una donna omosessuale, cioè di una donna attratta sentimentalmente e/o sessualmente dalle donne.

GAY

Aggettivo usato per parlare di un uomo omosessuale, cioè di un uomo attratto sentimentalmente e/o sessualmente dagli uomini.

BISESSUALE

Aggettivo usato per indicare una persona che prova attrazione fisica, sessuale, emotiva o romantica verso più generi.

TRANSGENDER, TRANS

Si dice di una persona la cui identità di genere differisce da quella biologica in base al sesso. L'abbreviazione è "trans".

I cittadini transgender possono decidere di effettuare diverse forme di transizione, fisica o meno, per raggiungere il loro punto di comfort, cioè l'espressione, il modo di vivere che più corrisponde alla loro identità di genere.

Le persone la cui identità di genere concorda con il loro sesso biologico, sono dette "cisgender".

Il termine "transessuale" è un termine che risale al XIX secolo, considerato, da taluni, ideologico, patologizzante e discriminante. La Comunità LGBTQI+ chiede di utilizzare invece il termine transgender. Deve essere usato come aggettivo, come "gay", "lesbica", ecc. Ad esempio "un uomo trans" invece di "un trans".

QUEER

È una persona il cui sesso, genere, orientamento sessuale, identità di genere e/o espressione di genere differisce dalle aspettative della società, o è considerata "non conforme, non tradizionale, fuori categoria". Questo termine, quindi, definisce tutte le lettere dell'acronimo LGBTQI+.

INTERSEX

Le persone intersessuali nascono con caratteristiche sessuali (come cromosomi, organi genitali o strutture ormonali) che non corrispondono completamente al sesso maschile o femminile. Oggetto di dibattito è il fatto che, in molti Paesi, i bambini intersessuali il cui sistema riproduttivo è considerato "non conforme" né al maschio né alla femmina vengono sottoposti a interventi sanitari per farli corrispondere più pienamente all'uno o all'altro sesso.

Il numero di nascite con caratteristiche intersessuali è stimato tra l'1 e il 2% a livello mondiale.

La comunità LGBTQI+ propone di non utilizzare il termine: "Ermafrodito": per taluni, Ermafrodito è una parola stigmatizzante, imprecisa e con una connotazione negativa.

Altri termini utili:

CISGENDER / CIS

Una persona la cui identità di genere corrisponde al sesso biologico.

COMING OUT, OUTING

Coming out: fare coming out significa rivelare a qualcuno informazioni molto personali e intime, come il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere.

Outing: significa rivelare l'orientamento sessuale, l'identità di genere o le caratteristiche sessuali di una persona LGBTQI+ senza il suo esplicito consenso. L'outing può esporre queste persone a situazioni molto imbarazzanti o addirittura pericolose. Allo stesso modo, è del tutto inappropriato costringere qualcuno a fare coming out. Vale a dire, incoraggiare o addirittura costringere qualcuno a rivelare la propria appartenenza alla comunità LGBTQI+ quando non lo desidera o non si sente pronto per farlo.

DISCRIMINAZIONE

Discriminazione significa interferenza in termini di diritti e opportunità. Si tratta di un trattamento meno favorevole di una persona a causa di una propria caratteristica: il suo sesso, la sua sessualità, la sua età, il suo peso, la sua etnia, la sua religione, la sua disabilità, ecc. La discriminazione può assumere molte forme diverse, dagli atti di odio personale alla negazione istituzionale di diritti normalmente concessi ad altri gruppi di individui privi delle caratteristiche causa di discriminazione.

LGBTQI+ FRIENDLY

Possiamo usare l'espressione "friendly" [amichevole] nel senso di "benvenuto" quando parliamo di un luogo, o di uno spazio, ma può essere usata anche quando parliamo di una persona.

Esempio: "Questo bar è gay-friendly, cioè i gay sono i benvenuti", "Questo medico è trans* friendly" significa che accoglie le persone trans* in modo, per loro, adeguato.

HIV

Virus dell'immunodeficienza umana. Attualmente l'infezione da HIV non può essere curata, ma i farmaci antiretrovirali (ARV) possono tenere sotto controllo l'infezione ed evitare la comparsa della malattia che ne sviluppa, l'AIDS [sindrome da immunodeficienza acquisita]. Le persone affette da HIV che seguono una terapia antiretrovirale efficace e la cui carica virale è quindi non rilevabile non trasmetteranno il virus durante i rapporti sessuali, anche senza protezione.

Una persona infettata dal virus dell'HIV è detta sieropositiva.

OMOFOBIA

L'omofobia raggruppa tutti gli atteggiamenti negativi che possono portare alla discriminazione o alla persecuzione (molestie, ripudio, violenza, ecc.) nei confronti di una persona o di un gruppo di persone sulla base dell'omo-bisessualità, reale o percepita. L'omofobia può essere suddivisa in lesbofobia (verso le lesbiche), gayfobia (verso i gay) o bifobia (verso i bisessuali).

TERAPIA ORMONALE (TO)

Uso o blocco di ormoni come testosterone, estrogeni o progesterone in un processo di transizione da un genere a un altro. La TO provoca una serie di trasformazioni corporee, alcune reversibili e altre irreversibili, per sviluppare caratteristiche sessuali secondarie maschili o femminili.

INVISIBILITÀ

Atteggiamento attraverso la quale i bisogni, i desideri, i diritti, le scelte di vita o la produzione culturale e intellettuale di una minoranza vengono ignorati o resi inaccessibili. L'invisibilità riguarda, tra l'altro, le minoranze sessuali e di genere.

LGBTQI-FOBIA

Relativo alla discriminazione delle persone LGBTQI+.

MISGENDERISMO

Sbagliare genere significa usare, intenzionalmente o meno, un pronome o un genere che non corrisponde all'identità di genere di una persona.

NON BINARIO

Essere non-binario significa escludersi dallo schema binario "maschile-femminile". È un termine ombrello che include, tra l'altro, persone che si identificano sia con uomini che con donne, o con nessuno dei due. Spesso queste persone preferiscono usare pronomi neutri per rivolgersi a loro.

NORMATIVITÀ: ETERONORMATIVITÀ, CISNORMATIVITÀ

L'eteronormatività è la presunzione che l'eterosessualità sia la norma valida e che le relazioni eterosessuali siano lo standard per determinare ciò che è normale (valido) o meno.

La cisonormatività è la presunzione che essere cisgender sia la norma valida e che il quadro della binarietà di genere debba servire da riferimento per determinare ciò che è normale (valido) o meno.

OUTING/DIVULGAZIONE

L'outing consiste nel rivelare l'orientamento sessuale di una persona LGBTQI+, la sua identità di genere o le sue caratteristiche sessuali. Non dobbiamo mai fare outing su qualcuno senza il suo esplicito consenso, perché questo può esporlo a situazioni molto imbarazzanti o addirittura pericolose. Allo stesso modo, è del tutto inappropriato costringere qualcuno a fare coming out, cioè incoraggiare o addirittura forzare una persona a rivelare la propria appartenenza alla "comunità LGBTQI+" quando non desidera o non è pronta a farlo.

PATOLOGIZZARE

Considerare o trattare qualcuno o qualcosa come patologico, cioè come malsano o anormale.

TRANSIZIONE

in una persona che ha intrapreso il cambiamento del proprio ruolo sociale (ad esempio, per vivere "da donna") e/o modificare il proprio aspetto fisico (ad esempio, con la ceretta, l'assunzione di ormoni o la chirurgia genitale), è il periodo in cui le trasformazioni psico-sociali e corporee sono più marcate.

La transizione avviene a tre livelli: sociale, medico e legale. Si può scegliere di occuparsi di un solo livello, di due, di tutti e tre o di nessuno. Ognuno vive la propria transizione come desidera. La transizione non è un obbligo.

TRANSFOBIA

Paura/rifiuto irrazionali che un individuo può provare nei confronti di una persona trans. La transfobia può manifestarsi con la discriminazione e l'intolleranza (discriminazione nelle assunzioni, negli alloggi...), la violenza fisica (aggressioni, stupri, omicidi...), verbale (insulti), psicologica e, in questo senso l'accezione è più controversa, il rifiuto di considerare una persona nel genere che corrisponde alla sua zona di comfort.

È importante notare che l'esperienza di genere e sessualità di ognuno è unica e valida. È importante ascoltare e rispettare l'autoidentificazione di ogni individuo e usare un linguaggio rispettoso nei suoi confronti.

Attività pratiche – riflessioni – casi di studio

Attività n. 3.1

Nome dell'attività	Linguaggio inclusivo: Gioco di ruolo in uno scenario
Numero di partecipanti	Gruppo o coppie
Obiettivi	Esercitarsi a usare un linguaggio inclusivo in situazioni di vita reale e aumentare la consapevolezza dell'impatto del linguaggio sugli individui e sulle comunità.
Descrizione passo per passo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dividete i partecipanti in piccoli gruppi o a coppie. 2. Date a ogni gruppo un canovaccio relativo all'uso di un linguaggio inclusivo. Ecco alcuni esempi: <ol style="list-style-type: none"> a) Un amico vi presenta il suo partner che usa il pronome "loro". Non siete sicuri di come rivolgervi a questa persona e volete essere sicuri di usare il pronome corretto. b) Siete invitati a un matrimonio e gli sposi sono entrambi donne. Non siete sicuri di come riferirvi a loro durante la conversazione e volete essere sicuri di usare un linguaggio rispettoso e inclusivo. c) Un amico vi dice di essere di genere non binario. Non conoscete il termine e volete essere sicuri di usare il linguaggio corretto quando vi riferite a loro. d) Siete in un luogo pubblico e sentite qualcuno che usa un linguaggio offensivo nei confronti di una persona LGBTQI+. Volete intervenire ma non sapete come farlo in modo sicuro ed efficace. 3. Chiedete a ogni gruppo di recitare la scena, con una persona che assume il ruolo dell'oratore e gli altri che assumono il ruolo degli ascoltatori. 4. Dopo aver recitato la scena, chiedete agli ascoltatori di dare un feedback all'oratore sull'uso del linguaggio. Questo può includere un feedback positivo sull'uso di un linguaggio inclusivo e suggerimenti per l'uso di un linguaggio più inclusivo in futuro. 5. Dopo che ogni gruppo ha completato il proprio scenario, chiedete a ciascun gruppo di condividere la propria esperienza con il gruppo più grande e di discutere l'importanza di usare un linguaggio inclusivo nelle situazioni di vita reale.
Commenti e suggerimenti per i facilitatori	<p>Incoraggiate i partecipanti a pensare ai modi in cui possono usare un linguaggio inclusivo nella loro vita quotidiana e a continuare a informarsi sulle diverse comunità e identità. Chiedete loro di riflettere sulle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Che cosa è stato difficile nell'usare il linguaggio inclusivo nello scenario?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quali accorgimenti avete usato per assicurarvi di usare un linguaggio inclusivo? ○ Come pensate che l'uso di un linguaggio inclusivo possa avere un impatto sugli individui e sulle comunità?
Risorse	https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms

Attività n. 3.2

Nome dell'attività	Glossario puzzle
Numero di partecipanti	Aiutare i partecipanti a comprendere le definizioni di base dei termini del glossario LGBTQI+ e incoraggiarli a riflettere sull'importanza di usare un linguaggio inclusivo.
I materiali	Un set di schede con i termini del glossario LGBTQI+, forbici, penne e carta.
Obiettivi	Aiutare i partecipanti a comprendere le definizioni di base dei termini del glossario LGBTQI+ e incoraggiarli a riflettere sull'importanza di usare un linguaggio inclusivo.
Descrizione passo per passo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ritagliate i termini del glossario LGBTQI+ in schede separate, assicurandovi che ogni scheda contenga un solo termine. 2. Distribuire a caso le carte ai partecipanti. 3. Chiedete ai partecipanti di prendersi qualche minuto per guardare il termine sui loro cartoncini e scriverne la definizione. Sottolineate che non devono cercare la definizione online o chiedere aiuto ad altri. 4. Dopo un tempo stabilito (ad esempio 5 minuti), invitate i partecipanti ad alzarsi e a trovare un compagno. 5. Chiedete ai partecipanti di mettersi schiena contro schiena con i loro compagni e di condividere le definizioni dei termini riportate sui loro cartoncini. 6. Dopo che entrambi i partecipanti hanno condiviso le loro definizioni, invitateli a confrontare le loro risposte e a discutere eventuali somiglianze o differenze. 7. Ripetete il processo con un nuovo compagno, finché tutti i partecipanti non hanno avuto la possibilità di confrontare le loro definizioni con altri partecipanti. 8. Concludete l'attività invitando i partecipanti a condividere eventuali intuizioni o osservazioni sull'importanza di usare un linguaggio inclusivo e su come la comprensione delle definizioni dei termini del glossario LGBTQI+ possa essere d'aiuto.

Commenti e suggerimenti per i facilitatori	Prima di iniziare l'attività, assicuratevi di creare un ambiente rispettoso e inclusivo, in cui tutti i partecipanti si sentano a proprio agio nel condividere i loro pensieri e le loro esperienze. Alcuni partecipanti potrebbero avere molta esperienza e conoscenza dei termini del glossario LGBTQI+, mentre altri potrebbero avere un'esposizione limitata. Siate pronti a sostenere e guidare i partecipanti con diversi livelli di conoscenza e comprensione.
Risorse	https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms

Bibliografia

Babraham, Guidelines for inclusive language

<https://www.babraham.ac.uk/sites/default/files/media-directories/inclusive%20language%20guidelines.pdf>

Equality, Diversity & Inclusion Inclusive Language Guide, City of Glasgow College (2018)

Gender-inclusive language guidelines (English): Promoting gender equality through the use of language, UN Women

GLAAD, <https://www.glaad.org/>

Inclusive language guidelines, Chartered Insurance Institute (2018)

Inclusive Language Guidelines, Faculty for Social Wellbeing, University of Malta (2018)

LGBTIQ Inclusive Language Guide, Victorian Government (2019)

NHS guidelines, <https://service-manual.nhs.uk/content/inclusive-language>

The Equality Project, LGBTQIA+ Inclusive Language Guide for the Workplace <https://www.theequalityproject.org.au/blog/lgbtiqa-inclusive-language-guide>

MODULO 4

LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA

MODULO IV

La cura centrata sulla persona

Introduzione

Nell'assistenza centrata sulla persona, i professionisti della sanità e dell'assistenza sociale lavorano in collaborazione con le persone che fruiscono dei servizi, cercando di garantire che:

- queste sviluppino le conoscenze, le competenze e la fiducia di cui hanno bisogno per gestire la propria salute in modo più efficace e per prendere decisioni informate su di essa e
- l'assistenza sia personalizzata in base alle esigenze dell'individuo, cercando di garantire che le persone siano sempre trattate con dignità, comprensione e rispetto.

L'assistenza centrata sulla persona non è una pratica comune, spesso l'assistenza viene fornita "alle" o "per" le persone piuttosto che "con" loro, e sembra esserci difficoltà a includere le persone nelle decisioni, con i loro obiettivi che vengono affrontati solo in termini di raggiungimento di specifici risultati clinici.⁷⁵

Questo approccio sta acquistando sempre più popolarità man mano che cresce e si sviluppa, e diversi suoi principi fondamentali sono benefici per la riabilitazione e il recupero.

Questo modulo si focalizza sull'assistenza centrata sulla persona. Più specificamente, esplorerà e analizzerà l'importanza dell'assistenza centrata sulla persona nelle istituzioni che si occupano di anziani e, in particolare, di persone LGBTQI+; e come può essere sviluppata. Alla fine di questo modulo, l'obiettivo è di imparare come:

- Conoscere meglio l'approccio, la definizione e i principi dell'assistenza incentrata sulla persona.
- Essere più consapevoli dell'importanza dell'assistenza incentrata sulla persona, dei vantaggi e delle sfide che comportano la sua attuazione.
- rendersi conto dell'importanza dell'empatia e della comprensione per i residenti in generale e per i residenti LGBTQI+ in particolare, per attuare un'assistenza incentrata sulla persona

⁷⁵ <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>

Approccio incentrato sulla persona

Definizione dei valori dell'assistenza sanitaria e sociale centrati sulla persona

Non c'è consenso su come definire l'"assistenza centrata sulla persona", poiché essa è associata a molti principi e attività diversi. Ciò è dovuto in parte al fatto che l'assistenza centrata sulla persona dipende dai bisogni, dalle circostanze e dalle preferenze dell'individuo che riceve l'assistenza ed è ancora un settore emergente e in evoluzione.

All'inizio degli anni '60, lo psicologo Carl Rogers fu il primo a usare il termine "centrato sulla persona" in relazione alla psicoterapia (e aveva già usato "centrato sull'utente" negli anni '50). Sebbene sia diverso per molti aspetti dall'attuale significato di "cura centrata sulla persona", un elemento chiave che entrambi gli approcci condividono è l'empatia, ovvero la disponibilità del professionista a sospendere il giudizio e ad apprezzare la prospettiva dell'utente del servizio. Rogers la chiamava "considerazione positiva incondizionata".

Alla fine degli anni '70, lo psichiatra americano George Engel ha promosso il passaggio da un modello medico a un modello bio-psico-sociale della salute - un modello che oggi viene utilizzato per spiegare il cambiamento necessario per fornire un'assistenza incentrata sulla persona; in linea con il Chronic Care Model sviluppato negli Stati Uniti negli anni '90 per affrontare le carenze percepite nel modo in cui le persone con malattie di lungo termine venivano assistite. Nel 2001, l'Institute of Medicine ha inserito la "centralità del paziente" tra i suoi sei obiettivi di qualità dell'assistenza.⁷⁶ Nel decennio successivo, le idee di centralità della persona hanno iniziato a emergere con crescente regolarità in Europa, soprattutto nei modelli di assistenza sanitaria.

L'assistenza centrata sulla persona è un concetto che influenza il modo di pensare del personale socio-sanitario e il modo in cui le loro incombenze quotidiane vengono svolte.

La Health Foundation ha individuato un quadro di riferimento che comprende quattro principi di assistenza incentrata sulla persona⁷⁷ :

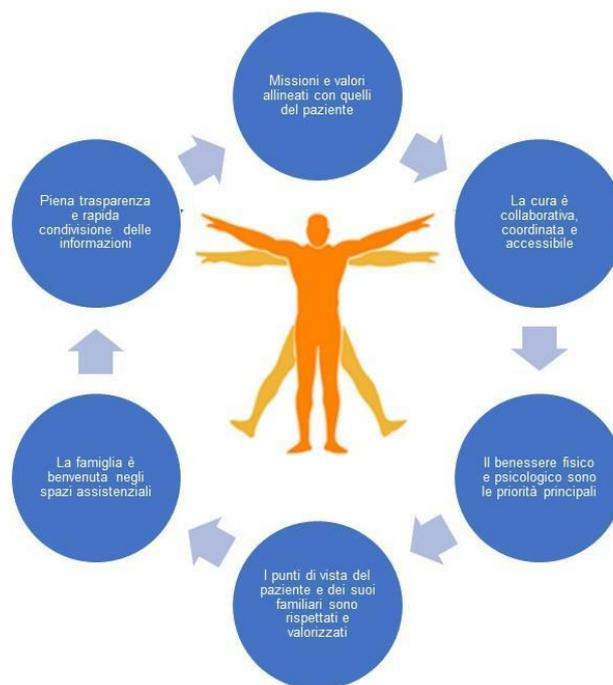
1. Garantire alle persone dignità, comprensione e rispetto.
2. Offrire assistenza, supporti o trattamenti coordinati.
3. Offrire assistenza, supporti o trattamenti personalizzati.
4. Sostenere le persone a riconoscere e sviluppare i propri punti di forza e le proprie capacità per consentire loro di vivere una vita indipendente e soddisfacente.

⁷⁶ Committee on Quality of HealthCare in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

⁷⁷ Dr Alf Collins' thought paper for the Health Foundation, measuring what really matters. Available from: www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters

La maggior parte delle definizioni di assistenza centrata sulla persona presenta diversi elementi comuni che influenzano il modo in cui i sistemi sanitari sono progettati, gestiti ed erogati:

- La missione, la visione, i valori, la leadership e i fattori di miglioramento della qualità del sistema sanitario sono allineati con gli obiettivi incentrati sulla persona.
- L'assistenza è collaborativa e accessibile. Le cure giuste sono fornite al momento giusto e nel posto giusto.
- L'assistenza si concentra sul comfort fisico e sul benessere emotivo.
- Vengono rispettate le preferenze, i valori, le tradizioni culturali e le condizioni socioeconomiche della persona e della famiglia, che sono considerate parte dell'équipe e svolgono un ruolo nelle decisioni a livello di paziente e di sistema. A tal fine, le informazioni vengono condivise in modo completo e tempestivo, in modo che i pazienti e le loro famiglie possano prendere decisioni informate.



1 - La cura centrata sulla persona - Fonte: NEJM Catalys © Massachusetts Medical Society

Questo concetto è stato concepito per creare un piano di cura su misura per ogni individuo e per farlo sentire completamente a suo agio, combinando le conoscenze dei professionisti della salute e la conoscenza personale del corpo, dei valori, dei sentimenti e delle capacità del paziente.

Principi dell'assistenza centrata sulla persona

Anche se le diverse organizzazioni possono scrivere i loro principi in modo leggermente diverso, tutti condividono gli stessi valori.

Ecco una sintesi di questi preziosi principi⁷⁸ :

Rispettare l'individuo

È importante conoscere il paziente come persona dalle qualità uniche, con valori, credenze, limiti e prospettive personali; ed è fondamentale comprenderli, ma anche rispettarli e integrarli nel piano di cura.

Trattare le persone con dignità

Ciò significa comunicare con il paziente in modo rispettoso, ascoltare ciò che ha da dire e tenere conto delle sue opinioni. Significa anche mantenere la dignità del paziente ed evitarne l'imbarazzo o la vergogna.

Comprendere le loro esperienze e i loro obiettivi

Per creare un piano assistenziale a lungo termine di successo, è importante cercare di conoscere la storia della vita del paziente, il suo stato attuale e i suoi obiettivi per il futuro, al fine di sviluppare la collocazione assistenziale più efficace.

Mantenere la riservatezza

È fondamentale garantire la riservatezza della persona, non solo per il suo benessere, ma anche per guadagnare la fiducia e creare una relazione produttiva. Questo principio può essere affrontato stabilendo con la persona quali informazioni desidera condividere con amici, familiari o altri professionisti.

Dare responsabilità

Un approccio assistenziale incentrato sulla persona aiuta il paziente a svolgere da solo il maggior numero possibile di attività quotidiane ed è importante per promuovere l'autonomia e la fiducia nel percorso di recupero. Tuttavia, in questo approccio, i limiti della persona devono essere riconosciuti e considerati.

Coordinamento delle cure

Affinché il recupero sia adeguato, devono esserci coordinamento e cooperazione nell'assistenza fornita alla persona, riducendo al minimo la possibilità di causare confusione, stress, ansia o una battuta d'arresto nel recupero.

⁷⁸ <https://ajcasemanagement.com/person-centred-care-principles-definitions-examples/>

Pratiche incentrate sulla persona

Le pratiche incentrate sulla persona vengono utilizzate nelle équipes e nelle organizzazioni per garantire che l'attenzione si concentri su ciò che è importante per le persone che ricevono assistenza e per le loro famiglie.

Le pratiche centrate sulla persona possono essere viste come una "cassetta degli attrezzi" o una varietà di modi per ascoltare e raccogliere informazioni con le persone. Come qualsiasi altro strumento, sono efficaci solo se il professionista ha sviluppato le competenze per usarle e continua a migliorarle attraverso la pratica e il riscontro dagli altri. Lavorare in questo modo garantisce che le persone siano veramente ascoltate e al centro di tutte le decisioni. Per garantire che i piani vengano attuati e che la persona continui a essere supportata in modi che abbiano senso per lei, le pratiche incentrate sulla persona devono essere integrate nella prassi quotidiana a tutti i livelli delle organizzazioni.⁷⁹

Il rapporto tra empatia e assistenza centrata sulla persona

L'empatia, ovvero la capacità di immaginare ciò che un'altra persona può provare o pensare, è una componente centrale ed è spesso ricorrente nelle definizioni di assistenza centrata sulla persona.⁸⁰

Il collegamento tra l'assistenza centrata sulla persona e l'empatia sembra anche logico, perché senza comprensione interpersonale è difficile focalizzare sul paziente un piano di assistenza. Ma ci sono aspetti dell'assistenza centrata sulla persona che vanno al di là dell'empatia, ad esempio, quelli legati alla continuità del lavoro di squadra e al coordinamento nell'assistenza.⁸¹

Perché è importante e i vantaggi dell'assistenza incentrata sulla persona

L'obiettivo principale dell'assistenza centrata sulla persona e il beneficio che può portare è quello di migliorare lo stato di salute del singolo, non solo della popolazione, nonostante anche questo possa migliorare. Inoltre l'impatto positivo è anche sul sistema sanitario e i suoi professionisti grazie a⁸²:

- Il miglioramento del grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari.
- Il miglioramento della reputazione dei gestori di servizi tra gli utenti del sistema sanitario.
- il miglioramento del morale e della produttività dei medici e del personale ausiliario.
- Una più efficace allocazione delle risorse.

⁷⁹ NDP Factsheet What is a person-centred approach?

⁸⁰ Scholl I, Zill JM, Härter M, et al. An integrative model of patient-centeredness - A systematic review and concept analysis. PLOS ONE 2014;9(9): e107828. doi: 10.1371/journal.pone.0107828

⁸¹ https://eprints.soton.ac.uk/433982/1/Therapeutic_empathy_and_person_centred_care_Accepted_Manuscript.pdf

⁸² <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559>

- la riduzione delle spese e all'aumento dei margini finanziari lungo tutto il percorso di cura.

L'assistenza centrata sulla persona presenta molti vantaggi sia per i pazienti che per i professionisti. I benefici per la persona assistita sono:

- il paziente si sentirà più responsabile, motivato e indipendente quando seguirà un piano a cui ha partecipato e che è adattato alle sue esigenze specifiche (mediche, emotive, personali e sociali).
- Il paziente si sentirà più a suo agio e positivo riguardo al servizio che sta ricevendo, il che creerà un ambiente migliore sia per l'individuo che per il professionista.
- La qualità dell'assistenza viene migliorata e ciò può accelerare il recupero.

I benefici sono numerosi anche per il caregiver. In particolare, un ambiente positivo è più accessibile quando l'assistenza è focalizzata sui bisogni delle persone e i pazienti hanno maggiori probabilità di impegnarsi maggiormente nei loro piani di cura. Sul lungo termine, l'interesse del paziente per la propria salute può aumentare se viene coinvolto nel processo decisionale circa il suo percorso di recupero, e tutti questi benefici creano servizi più efficienti in termini di costi e di tempo.

Numerose evidenze dimostrano che il coinvolgimento attivo della persona nell'assistenza sanitaria può migliorare una serie di fattori, tra cui l'esperienza del paziente, la qualità dell'assistenza e i risultati di salute. Alcuni esempi sono i seguenti:

- Aiutare i pazienti con malattie a lungo decorso a gestire la propria salute e le proprie cure può migliorare gli esiti clinici.⁸³ Quando le persone svolgono un ruolo più collaborativo nella gestione della propria salute e delle proprie cure, hanno meno probabilità di ricorrere ai servizi ospedalieri di pronto soccorso.⁸⁴ È anche più probabile che si attengano ai loro piani di trattamento⁸⁵ e che assumano correttamente le medicine.⁸⁶

- I pazienti che hanno l'opportunità e il sostegno di prendere decisioni sulla loro assistenza e sul loro trattamento in collaborazione con gli operatori sanitari sono più soddisfatti delle loro cure⁸⁷, hanno maggiori probabilità di scegliere trattamenti basati sui loro valori e preferenze piuttosto che su quelli del loro medico,⁸⁸ e tendono a scegliere trattamenti meno invasivi e costosi.⁸⁹

⁸³ De Silva D. Helping people help themselves. London: The Health Foundation, May 2011, p6.
www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves

⁸⁴ De Silva D. Helping people help themselves. London: The Health Foundation, May 2011, p6.
www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves

⁸⁵ De Silva D. Helping people help themselves. London: The Health Foundation, May 2011, p6.
www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves

⁸⁶ National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>

⁸⁷ De Silva D. Helping people share decision making. London: The Health Foundation, July 2012, p.9.
www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making

⁸⁸ O'Connor AM, et al. Modifying unwarranted variations in healthcare: shared decision making using patient decision aids. Health Affairs, web exclusive, 7 October 2004.

⁸⁹ De Silva D. Helping people share decision making, The Health Foundation, June 2012, p.12.
www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves. Si vedano anche i dati emersi negli Stati

- Le persone che hanno maggiori conoscenze, competenze e fiducia nella gestione della propria salute e nell'assistenza sanitaria hanno maggiori probabilità di tenere comportamenti positivi per la salute e di ottenere risultati migliori.⁹⁰
- L'assistenza incentrata sulla persona è positiva anche per gli operatori sanitari. Quando il coinvolgimento dei pazienti aumenta, le prestazioni e il morale del personale migliorano di conseguenza.⁹¹

Quali sono gli ostacoli a un'assistenza incentrata sulla persona e quali fattori la favoriscono?

Ci sono molti fattori a tutti i livelli del sistema sanitario che possono agire come barriere o facilitatori per lo sviluppo e l'integrazione dell'assistenza centrata sulla persona nell'assistenza sanitaria generale.

A livello nazionale, ci sono diversi fattori, come i processi e i sistemi organizzativi e di pagamento, che possono sostenere o ostacolare l'assistenza centrata sulla persona nella pratica.

Più specificamente, la cultura organizzativa può avere una grande influenza sul fatto che i team e gli individui si sentano motivati e in grado di lavorare in modo centrato sulla persona, ed è importante avere leader che sostengano e guidino il cambiamento.

Inoltre, le caratteristiche personali degli individui, come il loro contesto sociale e culturale, il loro stato di salute o la loro condizione, le loro convinzioni e le loro preferenze, possono influenzare la misura in cui vogliono o sono in grado di essere coinvolti nella loro salute e assistenza.

Infine, tutti i livelli del sistema sanitario, comprese le politiche locali e nazionali, la leadership e la gestione organizzativa, nonché gli operatori sanitari, i pazienti e gli utenti dei servizi, hanno un ruolo da svolgere nel creare le condizioni e le circostanze giuste per far fiorire l'assistenza centrata sulla persona.

Come possiamo capire se l'assistenza è centrata sulla persona?

Non è facile valutare se l'assistenza sia centrata sulla persona, poiché ciò comprende una combinazione di attività che dipendono dal paziente e dalla situazione in questione, e quindi varia da persona a persona.

Un approccio centrato sulla persona significa concentrarsi sugli elementi dell'assistenza, del supporto e del trattamento che sono più significativi per il paziente, la sua famiglia e i

Uniti che suggeriscono che l'uso di ausili decisionali per i pazienti, uno strumento utilizzato nel processo decisionale condiviso, può ridurre i costi: Arterburn D, et al. L'introduzione di ausili decisionali nei gruppi sanitari è stata collegata a tassi e costi nettamente inferiori per gli interventi all'anca e al ginocchio. *Health Affairs*, 8 febbraio 2013.

⁹⁰ Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation. The King's Fund, 2014

⁹¹ The King's Fund. Leadership and engagement for improvement in the NHS: Together we can. London: The King's Fund, 2012.

professionisti. Quindi, prima ancora di pensare alla misurazione, la priorità è identificare ciò che è più importante per loro, senza fare supposizioni.

Il punto di partenza è considerare un'esperienza di cura (per esempio, una visita ambulatoriale o una degenza per un intervento chirurgico) secondo i principi sopra descritti e valutare in che misura l'assistenza fa buon governo di ciascuno di essi.

Assistenza incentrata sulla persona anziana LGBTQI+

"Non siamo mai troppo vecchi per sperimentare la guarigione: fisica, spirituale, emotiva o psicosociale" (p. 4).⁹²

Gli anziani LGBTQI+ incontrano barriere nell'accesso alle cure, con un impatto sulla loro capacità di ricevere un'assistenza centrata sulla persona in età avanzata, il che è fondamentale per la prevenzione e la gestione di fragilità, disabilità e malattie. Le politiche sanitarie, la progettazione e l'erogazione dei servizi hanno un impatto sulla capacità del sistema sanitario di soddisfare le esigenze degli anziani LGBTQI+ a tutti i livelli e tipi di assistenza.⁹³

Gli anziani LGBTQI+ sono una popolazione che può sentirsi molto colpita dalle disparità sanitarie a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria, il che porta molti anziani LGBTQI+ a evitare e rimandare l'assistenza sanitaria per paura di essere maltrattati, non rispettati e persino danneggiati.

L'assistenza centrata sulla persona enfatizza l'umanità di ciascuno, riconoscendo che ogni individuo è multidimensionale e che la salute e il benessere derivano dall'interconnessione di queste diverse dimensioni nel corso della nostra vita. Sebbene l'orientamento sessuale e l'identità di genere siano centrali per l'identità individuale e le esperienze di vita, gli operatori sanitari hanno conoscenze e formazione molto limitate per prendersi cura delle persone LGBTQI+, il che fa sì che l'assistenza centrata sulla persona non sia ottimale e appropriata.

Il rispetto, l'apertura, il decoro e la gentilezza sono essenziali per un'assistenza centrata sulla persona anziana LGBTQI+ e non dovrebbero esserci etichette o atti di discriminazione. In questo modo, l'assistenza può catalizzarsi su, e coltivare la guarigione e creare ambienti e organizzazioni più sani e felici a beneficio di tutti.

In questo tipo di assistenza, conoscere la vera storia di vita della persona può aiutare a valutare, pianificare e implementare l'assistenza. È importante che ciò avvenga creando canali di dialogo con gli anziani, in modo che si sentano sicuri nel comunicare apertamente ai professionisti i loro bisogni, le loro preoccupazioni e i loro sentimenti. Gli anziani possono trarre benefici per la salute dalla loro stessa reminiscenza. La reminiscenza può aiutare a ridurre la depressione, la solitudine e l'isolamento.

⁹² Steelman RE, Cappellano S. Person-Centered Care for LGBT Older Adults. JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING 2018; 44(2). doi:10.3928/00989134-20180110-01

⁹³ Roe L, Galvin M. Providing inclusive, person-centred care for LGBT+ older adults: A discussion on health and social care design and delivery. J Nurs Manag. 2021;29: 104–108. DOI: 10.1111/jonm.13178

L'eteronormatività e la discriminazione devono essere eliminate in tutto il sistema sanitario per raggiungere l'obiettivo delle politiche sanitarie di sostenere tutte le persone anziane a godere di salute e benessere. L'eteronormatività all'interno dei sistemi sanitari è visibile ad es. nei moduli di valutazione dei servizi, che non raccolgono informazioni sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere. Conoscere queste informazioni potrebbe influenzare i piani assistenziali e spingere il personale a coinvolgere la "famiglia di elezione", a usare i pronomi preferiti, a includere i partner dello stesso sesso, a favorire l'assegnazione di una stanza appropriata nelle case di riposo e a garantire che gli anziani LGBTQI+ siano assistiti nel modo in cui avrebbero scelto per il fine della vita.¹⁹

In conclusione, i bisogni di sostegno e di salute degli anziani LGBTQI+ non sono sempre adeguatamente affrontati dai sistemi sanitari. Senza un'adeguata formazione, gli operatori potrebbero non essere preparati a lavorare con gli anziani LGBTQI+. È quindi necessario approfondire la ricerca sulla capacità dei servizi sanitari di fornire un'assistenza adeguata alle persone LGBTQI+ e sulla creazione di opportunità di istruzione e formazione ad essa associata.

Attività pratiche – riflessioni – casi di studio

Attività pratica n. 4.1

Nome dell'attività	Quali sono i miei bisogni di assistenza, supporto e cura?
Numero di partecipanti	Minimo 4
Obiettivi	Lo scopo di questa attività è quello di guidare i partecipanti a pensare a quali potrebbero essere i loro bisogni di assistenza, supporto e cura, che potrebbero essere affrontati nel loro piano assistenziale.
Descrizione passo per passo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spiegate l'obiettivo e il significato dell'esercizio 2. Fornite a ciascuno un foglio di carta A4, nel caso in cui vogliano scrivere la loro riflessione. 3. Invitate ogni persona a riflettere, cercando di identificare quali aspetti e bisogni dovrebbero essere affrontati nel loro piano assistenziale, in collaborazione con i caregiver. 4. Tornate in plenaria e condividete le riflessioni di ciascuno. 5. Avviate una discussione: C'è difficoltà nell'identificare e comunicare i nostri bisogni assistenziali? Cosa pensate sia importante includere nei piani assistenziali? A cosa dovrebbero dare priorità i professionisti e i caregiver? Come vorreste essere trattati/assistiti?
Commenti e suggerimenti per i facilitatori	Questo esercizio ha lo scopo di incoraggiare le opportunità di auto-riflessione e di riflessione di gruppo sull'auto-identificazione dei bisogni di assistenza, supporto e cura, evidenziando l'importanza della comunicazione di questi bisogni e la partecipazione attiva della persona nella definizione del proprio piano assistenziale. È importante guidare la discussione in modo da riflettere sull'importanza dell'assistenza centrata sulla persona in modo empatico, sostenendo i professionisti a mettere in discussione in modo costruttivo il proprio lavoro.
Risorse	Fogli di carta A4 (uno per ogni persona)

Attività pratica n. 4.2

Nome dell'attività	Scenari ispirati a casi reali per familiarizzare con le esigenze e le difficoltà delle persone LGBTQI+
Numero di partecipanti	Minimo 4
Obiettivi	L'obiettivo di questa attività è guidare i partecipanti a riflettere su diversi scenari ispirati a casi reali per familiarizzare con i bisogni e le difficoltà che le persone LGBTQI+ devono affrontare.
Descrizione passo per passo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dividete i partecipanti in gruppi da 3 a 6 persone. 2. Fornite a ciascun gruppo un caso 3. Invitate ogni gruppo a discutere i casi, cercando di identificare se i bisogni degli anziani sono stati soddisfatti e se l'assistenza ha seguito un approccio centrato sulla persona? Ci sono stati scenari con discriminazione, violazione e isolamento della comunità LGBTQI+? 4. Tornate in plenaria e condividete le riflessioni trovate da ciascun gruppo. 5. Avviate una discussione: Come possiamo sviluppare la nostra pratica assistenziale incentrata sui bisogni delle persone, in particolare degli anziani LGBTQI+? Quali sono i vantaggi e gli ostacoli di un'assistenza centrata sulla persona?
Commenti e suggerimenti per i facilitatori	Questo esercizio mira a suscitare opportunità di auto-riflessione e di riflessione di gruppo su casi di studio in cui vengono identificati i bisogni degli anziani, in particolare degli anziani LGBTQI+, e viene analizzato l'approccio assistenziale utilizzato. È importante guidare la discussione in modo da riflettere sull'importanza di un'assistenza incentrata sulla persona e in modo non giudicante, ma cercando di far emergere strategie e approcci per aiutare i professionisti a mettere in discussione il proprio lavoro in modo costruttivo.
Risorse	<p>Fogli A4 con un caso di studio (uno per gruppo)</p> <p>Caso 1: “Due mie amiche, Vera e Nadia, stavano insieme da 58 anni. Quando l'Alzheimer di Vera è diventato troppo grave, Nadia l'ha trasferita in una RSA. Nadia aveva rivelato la sua relazione con Vera a pochi familiari e non si fidava degli estranei, quindi lei e Vera sono diventate "sorelle". Molto più tardi, dopo la morte di Vera, Nadia ha dovuto a sua volta trasferirsi in una struttura. Aveva molte, molte foto dell'amore della sua vita, ma non osava mostrarle nella sua nuova casa. Gli altri residenti parlavano di mariti, figli e nipoti, ma lei</p>

si sentiva troppo vulnerabile per dire la verità. Nadia era nascosta e terribilmente isolata”.

Caso 2: Pietro e Antonio, sono una coppia gay che sta insieme da più di 30 anni, ma che ha paura di raccontare la verità ai propri figli e al resto della famiglia. Solo pochi amici conoscevano la reale natura del loro rapporto. Quando Pietro ha sviluppato i sintomi della demenza i problemi si sono fatti significativi perché, nonostante Antonio avesse la procura, la figlia di Pietro insisteva per prendere lei le decisioni assistenziali, in quanto sua “familiare”. Con il progredire della malattia Pietro è stato inserito in una struttura, dove Antonio gli faceva visita ogni giorno, pur senza rivelare la natura della loro relazione, cosa che ne limitava la privacy. Un giorno una delle infermiere ha visto la tenerezza tra questi due uomini e ha chiesto: "Siete una coppia?" Antonio è stato in grado di rispondere di sì e l'infermiera li ha incoraggiati a formalizzare la propria unione prima che la malattia progredisse ulteriormente. L'infermiera ha assistito alla cerimonia privata e hanno potuto esprimere apertamente i propri sentimenti e formalizzare la loro relazione. Da quel giorno, l'infermiera li ha aiutati ad avere un po' di privacy nella casa di cura, rispettando la loro volontà di non rivelare la loro relazione.

Caso 3: Iris è una donna cisgender di 88 anni con diagnosi di demenza moderata. È stata ricoverata in un'unità Alzheimer sei mesi fa. È sposata con Roberto e hanno festeggiato il loro 65° anniversario di matrimonio nel 2018. Iris fa amicizia facilmente e ha sviluppato una relazione stretta con un'altra donna residente nella struttura, Rossella. Rossella è una donna transessuale di 82 anni. Da qualche mese Iris e Rossella trascorrono alcune ore al giorno insieme e spesso si abbracciano quando si salutano. Roberto è felice che Iris abbia un'amica. Più di recente, Iris e Rossella si sono tenute per mano e si sono bacciate. Oggi Roberto è venuto a trovare Iris e ha trovato lei e Rossella accoccolate nel letto di Iris.

MODULO V

Ambiente sicuro e inclusivo nell'assistenza agli anziani LGBTQI+

Pratiche inclusive nelle strutture di assistenza

Questo capitolo ha lo scopo di mostrare le sfide che dobbiamo superare per rendere le strutture sanitarie e le case di cura più accoglienti per gli anziani LGBTQI+.

Prima di cercare di sviluppare un ecosistema sanitario più inclusivo, dovremmo dare un'occhiata a una problematica specifica che riguarda stereotipicamente gli anziani: la loro sessualità, o più specificamente: la loro "non sessualità".

La sessualità nelle case di riposo e nelle strutture sanitarie: i limiti da superare

Diverse indagini sulla sessualità in età avanzata indicano l'invecchiamento come un fattore determinante per il declino dell'attività sessuale, un dato che si riscontra in diversi contesti nazionali.

Non solo la sessualità è un argomento molto scabroso per questa popolazione e per chi se ne prende cura, ma è opinione diffusa che gli anziani non abbiano relazioni intime. Questa affermazione è ancora più diffusa per gli anziani che vivono in una struttura residenziale. L'idea è che abbiano problemi più gravi da affrontare quotidianamente, soprattutto problemi di salute, e quindi la loro sessualità non è una grande preoccupazione sia per le loro famiglie che per chi li assiste. Ciò è ancora più evidente quando la persona, indipendentemente dal genere o dall'orientamento sessuale, ha perso il proprio partner. Non solo è difficile pensare che vogliano avere un'altra relazione (platonica o intima), ma ancora di più se si tratta di questioni sessuali.

Inoltre, venendo meno il rischio di gravidanze indesiderate, la prevenzione della sessualità e la sensibilizzazione sulle malattie sessualmente trasmissibili sono ancora più scarse.

La nostra ricerca ha dimostrato che gli anziani si isolano quando e perché non possono esprimersi sessualmente nella casa di riposo in cui vivono. Lo stigma proviene sia dai co-residenti che dagli operatori. Per prevenire questo tipo di isolamento, è utile lavorare sul tema della sessualità per rendere l'ambiente un luogo sicuro, in modo che le persone possano parlare più liberamente della sessualità, sentendosi a proprio agio e senza giudizi. Questo è il primo passo per liberare la parola, senza affrontare immediatamente l'orientamento sessuale o il genere.

Cosa possiamo fare per creare questo ambiente?

- Stabilire un clima di fiducia con gli anziani in modo che possano confidarsi con gli operatori sulla sessualità in generale, se lo desiderano, ma anche più specificamente sulla sessualità e le relazioni nella casa di riposo.

- Parlare con loro delle visite di estranei, della privacy e di come rendere le stanze della casa di cura più riservate in modo che i residenti si sentano a proprio agio nel ricevere le persone.
- Assicurarli di comunicare (con cartelloni, con interventi di medici in eventi informativi negli spazi comuni, durante i controlli sanitari) sulle malattie sessualmente trasmissibili e i diversi modi per prevenirle.
- Stabilire un clima di fiducia tra i residenti

Come farlo?

- Rispettare la loro privacy: se un residente è sessualmente attivo e non vuole parlarne, o non ha problemi medici correlati da discutere con il personale sanitario, non è necessario affrontare l'argomento. D'altra parte, fate capire che i professionisti possono essere aperti a parlarne se necessario: è possibile realizzare poster che promuovano il dialogo con gli operatori sanitari. Questo vale anche per i residenti che non sono attivi e non vogliono parlarne.
- Mettere a disposizione preservativi e lubrificanti in un distributore automatico o liberamente nella struttura sanitaria, in modo che non debbano chiedere a qualcuno di procurarseli se non si sentono a proprio agio.
- Non parlare di questioni sessuali in presenza della famiglia. In effetti, non chiedete o parlate di questo argomento a un residente davanti a qualsiasi altra persona. Alcuni familiari hanno difficoltà ad accettare che il proprio genitore possa avere una relazione in una struttura o non riescono a concepire che abbia una relazione con un'altra persona significativa, soprattutto se il precedente partner è morto.
- Normalizzare il sesso al di fuori delle relazioni. Questo argomento può essere difficile da introdurre quando alcune persone anziane hanno avuto una sola relazione o una sola persona significativa, non al di fuori del matrimonio. Normalizzare l'esistenza del sesso non matrimoniale e del sesso al di fuori di qualsiasi tipo di relazione esclusiva senza giudicare può aiutare a liberare la parola e a creare un ambiente sicuro per coloro che desiderano parlarne.
- Se i componenti le coppie sono entrambi residenti nella casa di riposo e si sentono sicuri di parlare della loro relazione, assicuratevi che sappiano che possono richiedere il supporto di un sessuologo
- Comunicare e promuovere il consenso nella struttura. Questo può essere fatto con manifesti o giornate di sensibilizzazione per sottolineare l'esistenza del pericolo della violenza, senza dimenticare di menzionare lo stupro coniugale. Anche in questo caso, questi atti di prevenzione funzionano indipendentemente dall'orientamento sessuale o dal genere.

La gestione del tempo nelle case di riposo e nelle strutture sanitarie: i limiti da superare

Una difficoltà che non possiamo escludere prima di immergerci nella nostra problematica è l'aumento della popolazione assistita nelle strutture sanitarie e il sovraccarico per i professionisti. Infatti, l'assistenza è più difficile nel supporto alle attività quotidiane (come l'assistenza infermieristica, l'alimentazione, l'animazione, ecc.) ma anche nel supporto ai residenti con disabilità fisiche o mentali. Purtroppo, è diventato sempre più difficile per gli operatori dedicare il

tempo che vorrebbero a tutti i residenti, soprattutto a quelli con bisogni speciali. Con questo sovraccarico, l'assistenza fornita è spesso mancante di attenzione agli aspetti relazionali e il turnover è molto elevato.

Un'altra difficoltà che i professionisti possono incontrare, indipendente dal genere e dall'orientamento sessuale dei nostri anziani, è la gestione del tempo nelle strutture. Il tempo è prezioso e gli operatori corrono ogni giorno per soddisfare le esigenze degli anziani ospiti. Questa è una variabile che dobbiamo prendere in considerazione quando lavoriamo per una maggiore inclusività nei sistemi.

Inoltre, alcune case di riposo sono concepite come ospedali, come un luogo in cui ricevere assistenza sanitaria, ed è difficile integrare il fatto che siano effettivamente la casa degli anziani e non solo un luogo in cui ricevere cure. Poiché deve essere considerata come una casa, la privacy deve essere rispettata, così come la sessualità.

L'eteronormatività è un ostacolo a una buona assistenza sanitaria, indipendentemente dall'età, ma può essere ancora più problematica con gli anziani.

Cosa possiamo fare:

- Lavorare sui professionisti
- Lavorare sui residenti
- Lavoro sulla comunità LGBTQI+ anziana

Come possiamo farlo:

- Pianificare sessioni di sensibilizzazione per il personale della struttura: comprende tutte le persone che lavorano o sono coinvolte con i residenti. Queste sessioni possono durare da poche ore a un giorno. Queste sessioni devono essere programmate per parlare di diversità e inclusione in generale, che si tratti di sessualità, genere, etnia, idee politiche ecc. Altre sessioni possono essere programmate solo in relazione allo stigma sulle persone LGBTQI+. Si consiglia di rendere queste sessioni dinamiche e divertenti e di assicurarsi di fornire una sessione sul vocabolario specifico che ruota intorno alla comunità.
- Pianificare in anticipo le giornate di sensibilizzazione nella casa di cura o nella struttura: far intervenire un relatore esterno alla struttura può aiutare a rendere più facile la discussione, perché gli operatori sanno che potrebbero non rivedere più questa persona e aprirsi più facilmente.
- Formare un professionista in particolare come referente LGBTQI+. Può trattarsi di uno psicologo, di un terapeuta sessuale o di qualsiasi altro operatore sanitario che lavori a tempo pieno nella struttura: ciò significa che il residente che chiede di parlare con lui o lei non sarà stigmatizzato perché questo referente è competente anche su altre questioni. Questa persona deve essere consapevole delle difficoltà di "stare nell'ombra", dei trattamenti ormonali a cui possono essere sottoposte le persone transgender e di altri problemi che la comunità affronta quotidianamente.
- Esporre la bandiera LGBTQI+. La si può mettere come adesivo nell'ascensore, avere una bandierina all'ingresso, far indossare al personale delle spille sui vestiti durante il mese del pride. Non è necessario ostentarla: basta che ci sia, in modo che i residenti e i visitatori

possano rendersi conto della sua esistenza all'interno dell'istituto e capire che si tratta di una struttura accogliente e sicura.

- Se un residente o un visitatore chiede il significato della bandiera si può offrire una spiegazione gentile e benevola. Non giudicate le persone che non lo sanno. Possono essere brave persone che vogliono imparare o che fanno fatica a dare nomi al fenomeno.
- Non costringere qualcuno a uscire allo scoperto.

Tutela delle persone LGBTQI+

Diritto alla sessualità, alla salute sessuale e all'educazione sessuale

Il diritto alla sessualità fa parte dei diritti umani: è un corollario dei diritti fondamentali che si applica alla sessualità. Ciò significa che fa parte dei diritti della personalità, del diritto alla vita privata e del diritto alla dignità.

L'UNHCHR (Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani) è un dipartimento dell'Ufficio delle Nazioni Unite per i Diritti Umani. Lavora per promuovere e proteggere i diritti umani garantiti dal diritto internazionale e sanciti dalla Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948. L'UNHCHR è impegnato nella lotta contro ogni tipo di discriminazione e sottolinea che le persone della comunità LGBTQI+, già discriminate, devono affrontare ulteriori discriminazioni legate all'etnia, all'età, alle disabilità, allo status socioeconomico...

L'UNHCHR è infatti impegnato a collaborare con le diverse parti interessate, gli Stati, le istituzioni nazionali per i diritti umani e la società civile, per favorire l'inclusione.

- Innanzitutto, nell'entità stessa delle Nazioni Unite: L'UNHCHR è impegnato a garantire la parità di genere all'interno dell'organizzazione.
- L'UNHCHR si impegna a lavorare con gli Stati con l'obiettivo di riformare le leggi e le politiche discriminatorie che perpetrano la discriminazione di genere per renderle conformi al diritto internazionale dei diritti umani.
- Si adopera per trasformare le norme sociali discriminatorie e gli stereotipi di genere dannosi per fare spazio a strutture sociali e relazioni di potere più eque per tutti i generi; e contribuisce a facilitare la partecipazione paritaria di donne, uomini e persone con diverse identità di genere alla vita civile, politica, economica, sociale e culturale.
- per ultimo, ma non da ultimo, l'UNHCHR opera per l'eliminazione della violenza di genere e per garantire a tutti il godimento dei diritti alla salute sessuale e riproduttiva.

L'accessibilità alla salute sessuale e all'educazione sessuale

La salute sessuale è fondamentale per il benessere degli individui, delle coppie, delle famiglie e per lo sviluppo complessivo delle comunità e dei Paesi.

Infatti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la capacità degli individui di raggiungere la salute e il benessere sessuale dipende da diversi fattori:

- Il loro accesso a informazioni valide su sesso e sessualità.
- La loro conoscenza dei rischi a cui possono andare incontro e la loro vulnerabilità alle conseguenze negative di un'attività sessuale non protetta;
- Il loro accesso alle cure sessuali;
- Il loro vivere in un ambiente che afferma e promuove la salute sessuale.

La salute sessuale comprende questioni legate all'orientamento sessuale, all'identità di genere, all'espressione sessuale, alle relazioni e al piacere. È importante menzionare anche le condizioni e le conseguenze negative che rientrano nella salute sessuale, quali:

- infezioni da HIV (virus dell'immunodeficienza umana), (IST) infezioni sessualmente trasmesse e i loro possibili esiti: cancro, infertilità, ecc.
- gravidanza indesiderata e aborto
- disfunzione sessuale
- endometriosi
- violenza sessuale, e infine
- pratiche dannose come la mutilazione genitale femminile

Per questo motivo, nelle case di riposo e nelle strutture sanitarie è necessario un ambiente più inclusivo e sicuro: i degenti possono sentirsi abbastanza sicuri da chiedere aiuto e gli operatori sanitari competenti possono individuare le difficoltà dei pazienti e rispondere e intervenire in modo più rapido ed efficace.

L'educazione sessuale deve essere disponibile a tutte le età: non solo comprende la spiegazione dell'anatomia e la prevenzione, ma deve anche sottolineare i seguenti argomenti:

- rispetto, sicurezza e assenza di discriminazione o violenza
- diversità sessuale e forme di espressione sessuale
- l'importanza di decostruire la norma di genere, i ruoli, le aspettative e le dinamiche di potere che la influenzano.

Giornata internazionale contro l'omofobia, la transfobia e la bifobia

La giornata internazionale contro l'omofobia, la transfobia e la bifobia si svolge il 17 maggio ed è una celebrazione mondiale delle diversità sessuali e di genere. È stata lanciata nel 2004 e viene celebrata in oltre 130 Paesi, tra cui 37 Paesi in cui gli atti omosessuali sono illegali. Questo evento è stato creato per rivolgere l'attenzione sulla violenza e la discriminazione subita dalla comunità LGBTQ+. L'evento riunisce milioni di persone (record di 200 milioni di persone raggiunte nel 2014) in tutto il mondo. Per darvi visibilità e sostegno, o la struttura sanitaria o residenziale può ospitare un micro-evento legato al tema, per sensibilizzare l'opinione pubblica e godere di un momento di festa e convivialità.

Atteggiamenti professionali da adottare: Cosa Fare e Cosa non fare

Per migliorare la qualità dell'assistenza prestata è necessario attuare un'assistenza più inclusiva e benevola o adattare alcune pratiche. Alcune strutture sono già molto impegnate nel garantire un ambiente sicuro e inclusivo, altre sono effettivamente coinvolte nella lotta contro la discriminazione ma mancano di un accompagnamento e di un supporto specifico per le persone LGBTQI+ che ne abbiano bisogno. In effetti, creare servizi destinati alla comunità LGBTQI+ per rispondere alle loro esigenze particolari è un'idea interessante, ma farli sentire a casa e permettere loro di sentirsi a proprio agio nelle istituzioni già esistenti è meglio!

Ecco le cose da fare e da non fare per sostenere al meglio la comunità LGBTQI+ anziana:

Cosa Fare:

- Assicuratevi che la casa di cura o la struttura sia un luogo in cui vivere e non un ospedale. I residenti che vengono istituzionalizzati, nella maggior parte dei casi, hanno lasciato la loro casa per vivere nella struttura per il resto della loro vita. Assicuratevi che possano avere uno spazio personale e godere della loro vita privata quando necessario (non solo per le questioni sessuali)
- Considerate la sessualità e la vita affettiva come un bisogno umano. Infatti, l'invecchiamento è universale come l'amore. È importante considerare che i residenti non sono solo anziani e malati. Sono esseri umani e hanno gli stessi bisogni di qualsiasi altra persona per quanto riguarda la vita sessuale e l'affetto. Avere una relazione in età avanzata è valido quanto a un'altra età più giovane.
- Assicuratevi di aumentare la consapevolezza circa il consenso. Sia nelle questioni sessuali che in quelle affettive e mediche. Ciò significa: se si effettua un esame o una procedura medica, assicurarsi di chiedere il consenso quando si deve toccare il paziente e spiegare perché deve essere toccato in determinate aree. Questo vale anche per la svestizione.
- Assicurarvi di spiegare un esame o una procedura medica prima di procedere. Un'ospite può non sentirsi sicuro di farlo o di parlare della sua transizione, anche se può essere rilevante per l'esame. Date tempo alla persona, soprattutto se l'esame medico non è urgente.
- Se un residente si dichiara, potete chiedere del suo partner se si sente sicuro a parlarne. Ciò significa che dovete avere la stessa conversazione che fareste con una persona etero e/o cisgender. Alcune persone si sentono a disagio nel fare domande sulla vita personale di una persona LGBTQI+: non fatelo. La cosa peggiore da fare è ignorare la questione come se niente fosse. Non sussurrate: usate una voce normale, altrimenti sembrerà che parlare di "cose gay" sia un male o un tabù. Naturalmente, non siate troppo rumorosi.
- Non parlate solo della loro sessualità e del loro genere. Ci sono molti argomenti di cui discutere, e parlare solo di questo li riduce al loro orientamento o alla loro sessualità: sono molto più di questo come persona.
- Documentatevi e fate delle ricerche. La persona LGBTQI+ che conoscete può spiegarvi alcune cose, ma non aspettatevi che sia il vostro formatore personale. Inoltre, non date per scontato che una persona LGBTQI+ sappia tutto sulla comunità LGBTQI+.

- Cercate di fare uno sforzo con i pronomi e la scrittura inclusiva. Non abbiate paura di chiedere se non siete sicuri dei pronomi usati da qualcuno. Non esitate a comunicare ai vostri colleghi quali pronomi utilizza una persona. Se vedete che qualcuno sbaglia atteggiamento rispetto al genere di una persona in vostra presenza, richiamatelo; eventualmente, in disparte.
- Se il budget lo consente: fornite letti da degenza matrimoniali

Non fare:

- Non fare supposizioni. Non date per scontato l'orientamento sessuale o il genere di qualcuno. Non si può dire se qualcuno fa parte della comunità LGBTQI+ solo guardandolo.
- Non forzate o mettete pressione su qualcuno per fargli fare coming out. Se la persona si sente sicura di parlarvene, tenetelo per voi e non parlatene con nessun altro. Anche se non è esplicitamente un segreto, non significa che debba essere divulgato. Alcuni residenti possono dichiararsi agli altri ospiti della casa di cura e ai professionisti e parlare liberamente del loro orientamento e del loro genere, ma non voler ancora dichiararsi alla loro famiglia. Va rispettata questa decisione.
- Quando e se si parla di sesso: non limitate la vostra concezione del rapporto sessuale al solo sesso penetrativo. Infatti, il sesso può essere visto e fatto in molti modi e il sesso come solo penetrativo è di solito un preconcetto. Molte persone eterosessuali e LGBTQI+ includono nel rapporto sessuale altri modi che di solito sono visti come parte dei preliminari. Tenete conto che ci sono tanti modi di fare sesso quanti sono gli esseri umani sulla terra.
- Quando e se si parla di sesso: non giudicate una specifica pratica sessuale. Il piacere è particolare per ogni individuo e, finché i partecipanti sono consenzienti e nessuno si fa male, non c'è nulla di sbagliato.
- Non lasciate correre le barzellette LGBTQI+-fobiche. Se sentite qualcuno raccontare una barzelletta LGBTQI+-fobica, richiamatelo: è così che le cose cambiano.

Situazioni specifiche da considerare

Preoccupazioni sulla demenza e sul consenso

Una domanda importante e piuttosto spinosa si pone quando i residenti soffrono di qualsiasi tipo di demenza. Si tratta di un problema che riguarda sia gli operatori sanitari che le famiglie e che solleva la questione di come essere sicuri che il consenso sia dato o compreso da una persona con demenza nel contesto dei rapporti sessuali.

Il fatto che un degente abbia l'Alzheimer non significa che non abbia bisogno di carezze, contatto fisico, ecc. Al contrario! Gli studi hanno dimostrato che i contatti fisici, le manifestazioni d'affetto possono essere piuttosto benefiche.

Come essere sicuri che non si sia verificato alcun incidente tra due residenti? È consigliabile tenere d'occhio questi specifici residenti e cercare di individuare eventuali cambiamenti di comportamento. I professionisti sono sempre più preparati e conoscono bene i loro residenti. Sono in grado di garantire il più possibile il consenso della persona e di individuare un cambiamento di comportamento preoccupante.

Sapere come reagire a un comportamento problematico

Quando c'è, la vita sessuale nelle case di cura o in altre strutture non si limita a coppie che si tengono per mano, o persino a residenti che fanno sesso nelle loro stanze, non sempre con la stessa persona. A volte si verificano situazioni di esibizionismo fisico o verbale che possono mettere in difficoltà i professionisti. Poiché il rispetto va in entrambi i sensi, alcuni atteggiamenti non devono aver luogo posto in un'area pubblica e visitata come quella residenziale. Si consiglia di mantenere la calma ma di essere fermi nel proibire i comportamenti problematici, ricordando in modo educativo le regole della struttura e della vita comunitaria.

Conclusioni

Per concludere questo modulo, possiamo dire che prima di affrontare le difficoltà che la comunità LGBTQI+ anziana può incontrare nelle case di riposo e nelle strutture sanitarie, dobbiamo superare gli stereotipi sulla sessualità degli anziani in generale. In effetti, ammettere che gli anziani possono avere una sessualità è un grande passo verso una maggiore inclusione della comunità LGBTQI+. Infatti, liberare la parola sulla sessualità in generale, rende più facile spiegare che l'eterosessualità non è l'unica sessualità esistente. Un lavoro di sensibilizzazione e di apertura mentale è fondamentale per rendere queste istituzioni più amichevoli nei confronti delle persone LGBTQI+ e per permettere a questa comunità di sentirsi a casa, proprio come qualsiasi altro individuo.

Cosa dobbiamo ricordare: se la casa di riposo o la struttura sanitaria è un luogo di vita e di cura, è anche il riflesso della nostra società in cui sembra essere ancora che dell'orientamento sessuale ce ne debba essere uno normale: quello di essere etero. Quindi, teniamo presente che la decostruzione dell'eteronormatività nella casa di riposo è in continuità con ciò su cui la nostra società in generale deve lavorare.

Attività pratiche – riflessioni – casi di studio

Attività pratica nr. 5.1

Nome dell'attività	Dibattito <i>movimentato</i> "Qual è la tua posizione?". (Durata dell'attività: 1 ora)
Numero di partecipanti	Da 4 a 15 max
Obiettivi	<p>Un dibattito <i>movimentato</i> consiste nel presentare una proposta a un gruppo, chiedendo poi ai partecipanti di prendere fisicamente posizione a favore o contro di essa, andando da un lato o dall'altro della stanza, in corrispondenza dell'affermazione o della negazione. Dopo aver lasciato il tempo di riflettere per sviluppare le argomentazioni, il dibattito viene avviato con la seguente regola: formulare argomenti per spiegare la propria posizione e cambiare "lato" se le argomentazioni dell'altra parte sono convincenti.</p> <p>Il dibattito <i>movimentato</i> permette quindi ai partecipanti di elaborare e giustificare la propria opinione costruendo argomenti. La loro posizione fisica indica la loro posizione concettuale e li coinvolge nella riflessione ("perché sono qui?") tanto quanto nell'ascolto delle argomentazioni, mentre il loro movimento riflette concretamente la loro attività intellettuale.</p> <p>Questa attività mira a comprendere gli stereotipi legati alla sessualità degli anziani e alla loro vita. Alla fine dell'attività una discussione aiuterà a smontare questi stereotipi permettendo a ogni partecipante di dare un contributo.</p>
Descrizione passo per passo	<ol style="list-style-type: none"> I. Questa attività è un dibattito <i>movimentato</i> che si svolge in una stanza vuota. Lo scopo dell'attività è quello di muoversi nella stanza in base alla risposta che diamo alle domande poste. II. Il moderatore enuncia delle affermazioni (che troverete di seguito). La stanza è divisa in due: la parte sinistra indica "fortemente in disaccordo" e la parte destra "fortemente d'accordo"; il centro è quindi "neutro". III. Dopo ogni affermazione, i partecipanti elaborano la loro risposta e giustificano la loro posizione fisica nella stanza. Quando tutti hanno specificato la loro opinione, il moderatore spiega la risposta. IV. Le affermazioni che il moderatore deve fare sono le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Dopo la menopausa, la donna ha sempre meno desiderio sessuale</u> Soluzione: Falso! La menopausa non significa la fine della vita sessuale di una donna. È vero che non ha più cicli mestruali, non ovula più e la sua fertilità cessa. Il desiderio può cambiare, ma persiste per tutta la vita. Se il desiderio di una donna in menopausa diminuisce, spesso è perché ha avuto una

	<p>relazione per molto tempo e la routine potrebbe aver preso il sopravvento. Alcuni studi hanno dimostrato che una donna in menopausa che incontra un nuovo partner ha lo stesso desiderio di una donna di 30 anni...</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gli anziani non sono più interessati al sesso</u> Soluzione: Falso! Le emozioni, le fantasie, l'immaginazione erotica non hanno età: esistono per tutta la vita e fino alla nostra morte. La sessualità è parte integrante della vita e finché c'è vita, c'è sessualità. - <u>Con l'età, nelle coppie, la tenerezza finisce per sostituire la sessualità</u> Soluzione: Falso! La tenerezza esiste nelle coppie di tutte le età e fa parte della sessualità ed è complementare alla pulsione sessuale. Poiché molte persone non riescono a immaginare la vita sessuale di persone molto anziane, le immaginano teneramente mano nella mano, senza voler credere che la vita sessuale esista dopo i 70 anni. - <u>Con l'avanzare dell'età, non sono più abbastanza desiderabili per avere rapporti sessuali</u> Soluzione: Falso! Nella sessualità è ovviamente importante desiderare l'altro. È vero che una persona che invecchia e non si sente più desiderabile può trovare il suo desiderio sessuale inibito. Ma se si prende cura di sé e continua ad amare il proprio corpo e il piacere che può procurare, se sa apprezzare l'intimità dei corpi, il desiderio persiste fino a 80 anni e oltre. Il problema è che nella nostra società, dove predomina il giovanilismo, ci vuole molto carattere per convincersi di essere desiderabili nonostante l'età avanzata. - <u>Con l'avanzare dell'età si fa sempre meno sesso.</u> Soluzione: Non è del tutto vero. È vero che a 50 anni per le donne e a 55 per gli uomini la frequenza dei rapporti sessuali diminuisce. Si passa da una media di 8 incontri sessuali al mese a 5 al mese. Questo tasso si mantiene almeno fino ai 69 anni, età in cui gli studi si fermano. È probabile che questo tasso continui anche fino a molto più tardi, ma questo non è stato censito. - <u>La sessualità si ferma completamente con l'avanzare dell'età</u> Soluzione: Falso, l'interruzione dei rapporti sessuali è legata a problemi, non all'età. La sessualità non si ferma mai, poiché l'immaginazione erotica e i pensieri sessuali fanno parte della sessualità. Quando i rapporti sessuali si interrompono con l'età, è a causa dell'assenza di un partner, in particolare a causa della vedovanza o della separazione. In caso contrario, in una coppia sana, la sessualità attiva può continuare per tutta la vita. In altre parole, l'erezione e la lubrificazione vaginale continuano a funzionare. E nelle coppie che vanno d'accordo sessualmente, una grave disfunzione erettile, l'impotenza l'atrofia vaginale... non impediscono loro di continuare ad avere una vita sessuale attiva, perché la penetrazione non è l'unico modo per fare sesso...
--	---

	<p>- <u>L'evoluzione della sessualità nel corso degli anni dipende dal carattere</u></p> <p>È vero. Una persona molto narcisista (sono il più bello, il migliore, mi ammiro, voglio abbagliare) spesso ritiene che i cambiamenti del proprio corpo dovuti all'invecchiamento siano insopportabili. Per questo motivo trovano più difficile assimilare questi cambiamenti mantenendo una vita sessuale attiva. Hanno difficoltà ad accettare i cambiamenti sessuali imposti dall'età. Allo stesso modo, le persone perfezioniste cercano efficienza e prestazioni. Se la loro sessualità non è al passo con il loro perfezionismo, tendono a perdere interesse. Altre persone molto ansiose, dette evitanti, prive di autostima, si sentiranno molto presto in ansia per i cambiamenti nel funzionamento del loro corpo sessuale. Di conseguenza, tendono a evitare i rapporti sessuali con l'avanzare dell'età.</p>
Commenti e suggerimenti per i facilitatori	Assicuratevi che questa attività sia libera da giudizi e pregiudizi. Alcuni partecipanti potrebbero non avere le conoscenze necessarie per rispondere.
Risorse	<p>I. Una stanza in cui i partecipanti possano muoversi</p> <p>II. La lista delle domande</p>

Attività pratica nr. 5.2

Nome dell'attività	Quiz sugli stereotipi di genere
Numero di partecipanti	Minimo 2
Obiettivi	Uno stereotipo di genere è una visione indebitamente generalizzata o un pregiudizio su attributi o caratteristiche che dovrebbero essere posseduti da uomini e donne, o sui ruoli che sono o dovrebbero essere svolti da uomini e donne: è una CREDENZA. Questo quiz mira a far riflettere i partecipanti sugli stereotipi legati alla comunità LGBTQI+.
Descrizione passo per passo	<p>I. Il moderatore ha un elenco di domande a cui i partecipanti possono rispondere vero o falso o scegliere tra diverse opzioni.</p> <p>II. Dopo ogni domanda i partecipanti mostrano la risposta che hanno scritto sulla lavagna.</p> <p>III. Segue una discussione con la spiegazione della risposta giusta.</p> <p>IV. Le domande che il moderatore deve porre sono le seguenti (la risposta giusta è quella sottolineata):</p> <p>1) Qual è il simbolo della comunità LGBTQI+? A) Una stella a 6 punte</p>

	<p>B) <u>Una bandiera arcobaleno</u></p> <p>C) Una rosa colorata</p> <p>2) Per cosa sta la T di LGBT?</p> <p>A) <u>Transgender</u></p> <p>B) Trasformatore</p> <p>C) Telepatico</p> <p>3) Per la maggior parte del 20th secolo, molti ricercatori hanno spesso associato l'omosessualità a cosa?</p> <p>A) La religione</p> <p>B) Psicologia</p> <p>C) Genetica</p> <p>D) <u>Educazione</u></p> <p>4) L'omosessualità è una malattia e può essere curata Vero/<u>Falso</u></p> <p>5) Gli individui bisessuali sono più propensi a tradire il proprio partner Vero/<u>Falso</u></p> <p>6) I membri della comunità LGBTQI+ sono noti per avere più partner e per avere una libido più elevata rispetto alle persone etero cisgender. Vero/<u>Falso</u></p> <p>7) Se una donna trova bella un'altra donna potrebbe essere lesbica Vero/<u>Falso</u></p> <p>8) Una persona non può definirsi transgender se non ha cambiato chirurgicamente il proprio sesso anatomico. Vero/<u>Falso</u></p> <p>9) I transgender sono tutti gay Vero/<u>Falso</u></p> <p>10) Le persone transgender sono solo "confuse" riguardo al loro sesso Vero/<u>Falso</u></p> <p>11) Gli omosessuali spesso preferiscono partner molto giovani Vero/<u>Falso</u></p> <p>12) Tutte le drag queen sono gay Vero/<u>Falso</u></p> <p>13) Intersessuale e transgender sono la stessa cosa Vero/<u>Falso</u></p>
--	--

Commenti e suggerimenti per i facilitatori	Assicuratevi che questa attività sia libera da (pre)giudizi. Alcuni partecipanti potrebbero non avere le conoscenze necessarie per rispondere.
Risorse	<ul style="list-style-type: none"> - Una piccola lavagna bianca per ogni partecipante e pennarelli per lavagna bianca. - È possibile renderlo digitale al 100%.

Attività aggiuntiva

Troverete 3 film che parlano di anzianità LGBTQI+ da guardare con una breve descrizione:

Chi salverà le rose? (2017) Definito dagli autori uno spin-off di “Regalo di Natale” di Pupi Avati, questo film, con Carlo Delle Piane e Lando Buzzanca (già icona gay per la fiction “Mio figlio”), ci racconta una famiglia gay. Una famiglia arcobaleno ante litteram che si troverà ad appianare attriti e incomprensioni prima che sia troppo tardi. Un finale a sorpresa, durissimo, che fa riflettere e discutere. Il film vuole essere, secondo gli autori, un omaggio al sentimento più alto, l’Amore, a prescindere dai generi, dai ruoli e dalle età.

My dog Tulip (2009) Film d’animazione rivolto ad un pubblico adulto, scritto e disegnato completamente al computer con le voci di grandi attori come Christopher Plummer, Isabella Rossellini e Lynn Redgrave. La storia, autobiografica, è ricavata dal libro omonimo di J.R. Ackerley (1896-1967), grande scrittore inglese, gay dichiarato in un periodo dove non era usuale rivelarsi. Ackerley, ormai oltre i cinquanta, si ritrova solo e senza più la speranza o l’energia di trovare un compagno. Decide così, per sentirsi meno solo, di acquistare una cagnolina che chiama Tulip. Il film ci racconta la splendida storia della convivenza, durata 14 anni, tra lo scrittore e Tulip, tanto da far dire ad Ackerley che questo è stato il vero amore della sua vita, il compagno ideale che aveva invano cercato per tanti anni. inizia a cambiare

La fidanzata di nonna (2020): Eva, giovane e promettente legale spagnola che lavora a Edimburgo, vede messo in pericolo il proposito di sposare il rampollo di un’importante e conservatrice famiglia scozzese quando scopre che sua nonna Sofia ha deciso di sposarsi con la migliore amica Celia. La decisione di Sofia di contrarre il matrimonio omosessuale a 74 anni sfidando ogni convenzione sociale e religiosa capovolge la vita di Eva, intenzionata a far di tutto affinché il matrimonio non si celebri. Trovando l’aiuto del figlio di Celia, non ha fatto i conti con il resto della sua eccentrica famiglia che, lungi dal sostenerla, ha accettato di buon cuore la decisione delle due anziane.

Bibliografia

CASTANET Victor, “L’homosexualité, interdite de séjour en Ehpad”. *Le Monde*, marzo 2019

Une maison de retraite LGBT: <https://youtu.be/goJVAVf9mvg>

Podcast: "Les seniors LGBT+", par Hors Case

About gender equality and the human rights of women and LGBTI persons, OHCHR and Women’s human rights and gender equality: [OHCHR and women’s human rights and gender equality | OHCHR](#)

Minilex, "Les droits fondamentaux liés à la sexualité", Droit de l'Homme et droits fondamentaux. [Les droits fondamentaux liés à la sexualité | Minilex](#)

Diritti umani delle Nazioni Unite (Ufficio dell'Alto Commissario) - LA Covid-19 et les droits de l'Homme des personnes LGBTQI+, 17 marzo 2020: [Newsletter \(ohchr.org\)](#)

Diritti umani delle Nazioni Unite (Ufficio dell'Alto Commissario) “Gender Stereotyping and the judiciary: a workshop guide”: [Gender Stereotyping and the Judiciary: A Workshop Guide | OHCHR](#)

OHCHR Human rights of LGBTI People tool : free online course accessible : [OHCHR Human Rights of LGBTI People Tool | ITCILO](#)

World Economic Forum, LGBTI Inclusion, « 3 ways to protect LGBTI rights across the world », May 17, 2021

Infirmiers.com, «L’homosexualité en Ehpad : un double tabou qu’il nous faut briser » ; 11 septembre 2020 : [L’homosexualité en EHPAD : un double tabou qu’il nous faut briser | Infirmiers.com](#)

Age village : Le site d’infos des seniors et des aidants, « sexualité en Ehpad, des limites difficiles à dépasser » : [Sexualité en EHPAD, des limites difficiles à dépasser - agevillage](#)

SOS Homophobie, Intervention et formation pour Adultes: [Nous contacter | SOS homophobie \(sos-homophobie.org\)](#)

World Economic Forum : « all too often LGBT+ people are invisible » : This is what must change », 6 January 2020 : [What can we do to create a more inclusive society for LGBT+ people? | World Economic Forum \(weforum.org\)](#)

World Economic Forum : « 5 LGBT Films you can watch right now », 17 May 2016 : [5 LGBT films you can watch right now | World Economic Forum \(weforum.org\)](#)

The muse, “11 simple ways you can make your workplace more LGBTQ Inclusive.” 6 January 2022: [11 Simple Ways You Can Be More LGBTQ-Inclusive at Work | The Muse](#)

Cap retraite, “Les personnes LGBT ont-elles une place en maison de retraite?»: [Tout savoir sur la prise en charge des personnes LGBT en maison de retraite | Cap Retraite](#)

La mutuelle Générale, “7 idées reçues sur la sexualité des personnes âgées”, 20 Octobre 2017: [7 idées reçues sur la sexualité des personnes âgées | La Mutuelle Générale \(lamutuellegenerale.fr\)](#)

Le devoir, “L’homosexualité des personnes âgées: briser le mur du silence” 4 Mai 2009:
[L'homosexualité des personnes âgées: briser le mur du silence | Le Devoir](#)

Amnesty International, « 5 fausses idées sur les personnes intersexes », 31 Octobre 2018 : [5 fausses idées sur les personnes intersexes - Amnesty International France](#)



Questo documento è il risultato di un progetto finanziato dal Programma ERASMUS+ (bando 2021),
gestito dall'Agenzia nazionale francese.

Project n° 2021-1-FR01-KA220-ADU-000035303

PARTNERS

