



Diritti Umani e Identità di Genere

Editoriale, *Laura Baccaro*

Discriminazione e violenza verso
le persone LGBT: implicazioni di
infermieristica forense, *Laura
Maria Giorcelli*

Associations between Intimate
Partner Violence and Health
among Men Who Have Sex with
Men: A Systematic Review and
Meta-Analysis, *Ana Maria Buller,
Karen M. Devries, Louise M.
Howard, Loraine J. Bacchus*

I Diritti Umani e l'Identità di
Genere, *Thomas Hammarberg*



RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Periodico di saggi, criminologia e ricerche

Anno VIII – n. 1 maggio 2015

Direttore scientifico

Laura Baccaro

Redazione amministrazione

Associazione psicologo di strada

Vicolo I° Magenta, 5 – Padova

rivistapsicodinamica.criminale@gmail.com

Registro Stampa del Tribunale di Padova n° 2135 del 30.04.2008

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Indice

Editoriale, Laura Baccaro	3
Discriminazione e violenza verso le persone LGBT: implicazioni di infermieristica forense, <i>Laura Maria Giorcelli</i>	4
Abstract	4
Introduzione	5
1. La discriminazione per orientamento sessuale ed identità di genere	6
1.1 Il concetto di discriminazione	6
1.2 Quale diversità	8
a. Etero ed omosessualità: un po' di chiarezza	9
b. Transessuale. Maschile o femminile?	9
c. Omofobia e omonegatività	10
1.3 Tipologie di discriminazione	11
1.3.1 Discriminazione nel contesto familiare	12
1.3.2 Discriminazione in ambito sanitario	14
1.3.3 Istruzione e formazione: stereotipi, pregiudizi e bullismo	17
1.4 L'entità del fenomeno della violenza su persone LGBT	18
1.5 Il quadro normativo	19
1.5.1 La normativa europea	19
1.5.2 La normativa nazionale	20
1.5.3 La normativa regionale	20
2. Buone prassi e aree di intervento	26
2.1 Obiettivo	26
2.2 Le buone prassi a livello locale	26
2.2.1 Settore famiglie LGBT	26
2.2.2 Settore istruzione: professionalizzazione e formazione insegnanti contro la discriminazione LGBT	27
2.2.3 Settore istruzione: interventi per contrastare la trans-omofobia nelle scuole	28
2.2.4 Settore sanitario	30
2.3 Linee guida per l'accoglienza in caso di violenza	31
3. Approfondimento: una revisione della letteratura internazionale	33
3.1 Materiali e metodi	33
3.2 Risultati	33
Discussione	41
Bibliografia	44
Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis, <i>Ana Maria Buller, Karen M. Devries, Louise M. Howard, Loraine J. Bacchus</i>	47
Abstract	47
Background	47
Methods and Findings	47
Conclusions	47
Editors' Summary	48
Background	48
Why Was This Study Done?	48
What Did the Researchers Do and Find?	48

What Do These Findings Mean?	49
Additional Information	49
Introduction	51
Methods	51
Inclusion and Exclusion Criteria	52
Screening and Data Extraction	54
Quality Appraisal	54
Data Analyses	54
Results	55
Study Characteristics	55
Intimate Partner Violence Victimization: Prevalence and Health Associations	57
Intimate Partner Violence Perpetration: Prevalence and Health Associations	60
Discussion	60
Main Findings	60
Strengths and Limitations of This Review	61
Limitations of Included Studies	61
Implications for Research	62
Implications for Practice	63
References	63

I Diritti Umani e l'Identità di Genere, <i>Thomas Hammarberg, Commissario del Consiglio d'Europa</i>	
<i>per i Diritti Umani</i>	70
Prefazione	70
Introduzione	71
2. Diritti Umani Internazionali	73
3. Questioni specifiche dei diritti umani	77
3.1. L'identità di genere come motivo di discriminazione negli stati membri del Consiglio Europeo	77
3.2. Il riconoscimento legale del genere preferito	77
3.2.1. Condizioni per il cambiamento di sesso e di nome	78
3.2.2. Conseguenze per la vita familiare	81
3.3. Accesso all'assistenza sanitaria	82
3.4. Accesso al Mercato del Lavoro	86
3.5. Transfobia e violenza contro le persone transgender	88
3.6. Rifugiati e Migranti Transgender	90
4. Esempi positivi	91
5. Raccomandazioni agli Stati membri del Consiglio Europeo	93
6. Appendice	94
Mandato del Commissario per i diritti umani	94

Editoriale, Laura Baccaro

Perché parlare di identità di genere e diritti umani? Perché le polemiche attuali sul gender e le varie teorie sono basate sull'esclusione di gruppi, cioè di persone alle quali non vengono riconosciuti i diritti umani. Quasi che questi gruppi fossero composti da persone-non-umane o meno-umane di noi. Una deumanizzazione che quasi vuole giustificare l'uso della violenza e del sopruso. In questi momenti di "povertà culturale" le vere ricchezze si misurano sull'accessibilità dei diritti, come scriveva Sen. Assistiamo a violenze che sembrano senza senso, mentre l'obiettivo è quello di ridefinire e contestualizzare il genere sessuale d'appartenenza della vittima, in una ruota di potere e del controllo che vuole "normalizzare", sia la reazione violenta sia la persona "diversa". I "diversi", gli anormali, come scriveva Foucault, servono ai governi perché assumono su di loro le colpe, colpe di non essere uguali agli aggressori, colpe di indirizzare su di sé questa violenza.

I diritti vengono visti come "privilegi" ai quali si può accedere "solo" se si è normalizzati, ovvero se si è entrati nel girone della società del limite, della chiusura, del confine e del confino dell'Altro. Se si è accettato di restringersi in libertà sempre più piccole, delegando alla società del controllo la "misura" dei propri diritti.

Parliamo di corpi perché *"Infine la provenienza ha a che fare col corpo. S'iscrive nel sistema nervoso, nell'umore, nell'apparato digestivo. Cattiva respirazione, cattiva alimentazione, corpo debole e spossato di coloro i cui antenati hanno commesso errori; (...) perché è il corpo che porta, nella vita e nella morte, nella forza e nella debolezza, la sanzione di ogni verità e di ogni errore (...). Il corpo - e tutto ciò che ha a che fare col corpo, l'alimentazione il clima, il suolo - è il luogo della Herkunft: sul corpo, si trova lo stigma degli avvenimenti passati, così come da esso nascono i desideri, i cedimenti, e gli errori; (...). Il corpo: superficie d'iscrizione degli avvenimenti (laddove il linguaggio li distingue e le idee li dissolvono), luogo di dissociazione dell'io (al quale cerca di prestare la chimera di un'unità sostanziale), volume in perpetuo sgretolamento. La genealogia, come analisi della provenienza, è dunque all'articolazione del corpo e della storia: deve mostrare il corpo tutto impresso di storia, e la storia che devasta il corpo (Nietzsche, la genealogia, la storia, in M. Foucault, *Microfisica del potere*, Einaudi, Torino 1967, pp. 36-37.)*

Chiudo con una frase di Dostoevskij: «Non è rinchiudendo il vicino che ci si convince del proprio buon senso» (F. Dostoevskij, *Diario di uno scrittore*, ed. it. a cura di E. Lo Gatto, Sansoni, Firenze 1963)

Discriminazione e violenza verso le persone LGBT: implicazioni di infermieristica forense, Laura Maria Giorcelli

Infermiera forense, Tutor della didattica professionale, corso di laurea in Infermieristica, Università del Piemonte Orientale Tortona, ASL AL

Abstract

Il problema della discriminazione e della violenza nei confronti delle persone LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transgender/transessuali), è da tempo argomento di interesse da parte delle istituzioni europee e nazionali.

La discriminazione può essere considerata come la componente comportamentale dell'atteggiamento, quando questo, rispetto ad un preciso oggetto sociale (nel nostro caso l'omosessualità e la transessualità) attiva comportamenti negativi (rifiuto, allontanamento, condanna, esclusione, negazione di diritti, violenza). A scatenare queste reazioni nei confronti di gay, lesbiche, o bisessuali, è soprattutto un costrutto socio-culturale che porta all'omofobia, o meglio per utilizzare un concetto più moderno, all'omonegatività, con riferimento a quei fattori emotivi, culturali, storici e sociali che codificano come negativa l'esperienza dell'omosessualità rispetto all'eterosessualità, senza arrivare a crimini d'odio estremamente netti ed evidenti. Se parliamo invece di transessuali e transgender, notiamo che la discriminazione ha anche una radice legata ad una ignoranza diffusa.

La consulenza aiuto legale a queste persone nella maggior parte dei casi viene erogata su base volontaristica, il più delle volte nell'ambito di associazioni di omosessuali, e prevede il coinvolgimento di altri professionisti che si occupano di diritto, tra cui l'infermiere forense. Egli può coniugare attività assistenziale e legale presso centri per la violenza sessuale, domestica, e può fornire consulenza in caso di abusi e violenza, compresa la violenza di genere, tra cui gli atti discriminatori e violenti nei confronti di persone LGBT, che ne rappresentano un'estensione.

Questo lavoro si pone l'obiettivo di delineare il campo di applicazione dell'infermieristica forense per quanto riguarda l'accoglienza, la gestione e la consulenza legale di persone LGBT vittime di discriminazione/violenza.

Sommario: Introduzione; 1. La discriminazione per orientamento sessuale e identità di genere; 1.1 Il concetto di discriminazione; 1.2 Quale diversità; 1.3 Tipologie di discriminazione; 1.3.1 Discriminazione nel contesto familiare; 1.3.2 Discriminazione in ambito sanitario; 1.3.3 Istruzione e formazione: stereotipi, pregiudizi e bullismo; 1.4 L'entità del fenomeno della violenza su persone LGBT; 1.5 Il quadro normativo; 1.5.1 la normativa europea; 1.5.2 La normativa nazionale; 1.5.3 La normativa regionale; 2. Buone prassi e aree di intervento; 2.1 Obiettivo; 2.2 Le buone prassi a livello locale; 2.2.1 Settore famiglie LGBT; 2.2.2 Settore istruzione: professionalizzazione e formazione insegnanti contro la discriminazione; 2.2.3 Settore istruzione: interventi per contrastare la trans-omofobia nelle scuole; 2.2.4 Settore sanitario; 2.3 Linee guida per l'accoglienza in caso di violenza; 3. Approfondimento: una revisione della letteratura internazionale; 3.1 Materiali e metodi; 3.2 Risultati; Discussione; Bibliografia.

Introduzione

Il problema della discriminazione e della violenza omofoba è diventato negli ultimi anni argomento di interesse da parte delle istituzioni europee e nazionali, spesso sotto la spinta delle denunce di organizzazioni che si battono per i diritti degli omosessuali.

L'orientamento sessuale, l'identità e l'espressione di genere, sono componenti fondamentali e strettamente personali di ogni individuo, ma nella nostra società omosessuali, bisessuali, transessuali o transgender, ancora oggi sono pregiudicati nella loro dignità, sicurezza, possibilità di uno sviluppo sereno ed equilibrato, garanzie della intangibilità dei loro diritti come cittadini.

Superare le barriere dell'omofobia e della transfobia consente di realizzare un obiettivo che non è limitato al miglioramento delle condizioni delle persone LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transgender/transessuali), ma offre un contributo rilevante all'eliminazione di ogni forma di discriminazione, ed alla costruzione di un contesto socio-culturale in grado di valorizzare il positivo e le peculiarità di ogni individuo¹.

D'altro canto negli ultimi decenni vi è stata una sorta di ribaltamento della prospettiva in cui, mentre per anni la criminologia si è occupata della criminalità "degli omosessuali", ora dedica ampi spazi alla criminalità "sugli omosessuali"².

Da queste premesse nasce l'esigenza che le persone LGTB siano a conoscenza dei propri diritti, e possano ricevere un supporto da parte di professionisti competenti, nel caso in cui questi diritti vengano in qualche modo violati, arrivando fino a veri e propri abusi.

L'aiuto di tipo legale, che nella maggior parte dei casi viene erogato su base volontaristica da giovani avvocati sensibili alla problematica, il più delle volte nell'ambito di associazioni proprie di omosessuali³, prevede in alcune realtà, il coinvolgimento di altri professionisti che si occupano di diritto, tra cui possiamo contemplare l'infermiere forense, anche se non viene praticamente mai dichiarato nei diversi siti consultati che questa figura collabori attualmente nel fornire consulenza legale alle persone LGBT⁴.

Secondo quanto definito dall'IAFN (International Association of Forensic Nursing), egli può coniugare attività assistenziale e legale presso centri per la violenza sessuale, domestica [...], e può fornire consulenza in caso di abusi e violenza,[...] compresa la violenza di genere [...]⁵.

Se consideriamo gli atti discriminatori e violenti nei confronti di persone LGBT come un'estensione alla violenza di genere, vi si possono a tutto diritto applicare le competenze dell'infermiere legale forense.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di delineare il campo di applicazione dell'infermieristica forense per quanto riguarda l'accoglienza, la gestione e la consulenza legale di persone LGBT vittime di discriminazione/violenza.

¹ www.retelenford.it

² Fracasso M, Codini G, Merzagora Bestos I et al., *Vittime del crimine. Diritti ed esperienze di supporto in Europa*. 2007, URL:<http://www.ristretti.it/convegni/valencia>

³ www.digayproject.org/servizi/Aiuto-legale

⁴ www.retelenford.it

⁵ www.forensicnurses.org

Il primo capitolo è volto a inquadrare la problematica nelle sue diverse forme, a fornire una panoramica della legislazione nazionale in merito.

Il secondo capitolo descrive alcune buone prassi ed interventi reperiti attraverso la consultazione della letteratura nazionale e quindi tratta un approfondimento ulteriore della tematica, attraverso una revisione della letteratura internazionale, definendo infine aree specifiche di interesse dell'infermiere legale forense.

Nella trattazione verrà spesso usato il genere maschile per intendere anche quello femminile. Laddove non diversamente specificato è sempre da intendersi che tale semplificazione stia a significare entrambi i generi, senza sminuire le esperienze e le identità del genere femminile; dove non apparirà strettamente necessario distinguere le esperienze delle persone transessuali da quelle transgender, verrà usato il termine "trans" per indicare entrambe.

Sebbene tali usi siano formalmente scorretti e, in taluni contesti, politicamente sconsigliabili, la scelta in tal senso è stata fatta, in linea con alcune trattazioni di riferimento⁶, per ragioni di spazio e semplicità linguistica.

Inoltre verrà utilizzato l'acronimo LGBT: lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender.

1. La discriminazione per orientamento sessuale ed identità di genere

1.1 Il concetto di discriminazione

Educare al rispetto delle differenze presuppone il superamento della diffidenza o della paura verso ciò che non si conosce o non si comprende. La difficoltà di contrastare la discriminazione a volte deriva dal fatto che spesso uno stesso soggetto raccoglie in sé più fattori percepiti come "diversità" (condizioni personali, etnia, disabilità, appartenenza religiosa etc) che lo possono rendere vulnerabile da più punti di vista⁷.

Il concetto di discriminazione si inserisce nel campo di ricerca relativo alla teoria sul *giudizio sociale* e sugli *atteggiamenti sociali*. Questa collocazione permette di vedere che le rappresentazioni e le conoscenze della realtà e del mondo sociale che gli individui si costruiscono, non sono caratterizzate da una semplice e neutra descrizione di cose, persone o eventi, ma più che altro da una serie di valutazioni e di orientamenti positivi o negativi (gli atteggiamenti), che

⁶ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

⁷ www.retelenford.it

gli individui assumono nel corso della loro esperienza nei confronti dei diversi aspetti della realtà, che hanno un ruolo fondamentale anche nella determinazione del comportamento⁸.

Focalizzando l'attenzione sia sul modello tripartito classico di Rosenberg e Hovland (1960), sia sui più recenti sviluppi della ricerca psicosociale sugli atteggiamenti in chiave di *social cognition*, è possibile rilevare che l'atteggiamento è costituito da tre componenti fortemente collegate tra di loro⁹.

La prima è una *componente cognitiva* (stereotipi), inerente all'insieme delle informazioni e delle credenze che gli individui posseggono a riguardo di un determinato oggetto sociale. Esse il più delle volte sono così generali da dar luogo a concezioni condivise a livello sociale, i cosiddetti stereotipi appunto. Un esempio esplicativo può essere rappresentato dagli stereotipi di genere, ossia l'insieme delle informazioni e concezioni che vedono le differenze tra uomo e donna in rapporto a precise caratteristiche, che in teoria dovrebbero contraddistinguere i due sessi, ma che di fatto risultano troppo generali e poco aderenti alla realtà (es le donne sono più emotive e sensibili, gli uomini sono più forti e coraggiosi). Un altro stereotipo significativo per la nostra trattazione è quello che vede i soggetti transessuali e/o omosessuali come persone malate o perverse.

La seconda è una *componente affettiva* (pregiudizio emotivo/emotional prejudices), che riguarda la reazione emotiva che un oggetto sociale suscita. Ad esempio, quali emozioni suscita l'omosessualità o il transessualismo; alcuni sono vissuti emotivi che danno adito ad atteggiamenti favorevoli, altre emozioni che attivano sentimenti sfavorevoli, negativi, oppositivi. Se la reazione emotiva è di tipo negativo, ci troviamo di fronte ad un pregiudizio emotivo.

L'ultima da prendere in considerazione è una *componente comportamentale* (discriminazione), definibile come la spinta delle azioni, esplicite o implicite, alla base della valutazione che l'atteggiamento veicola. Essa riguarda le risposte in termini di comportamenti riferiti alle azioni di avvicinamento o allontanamento/evitamento rispetto ad uno specifico oggetto sociale. Rappresenta pertanto il risvolto pratico, concreto ed osservabile dell'atteggiamento che, rispetto ad un preciso oggetto sociale qual è ad esempio l'omosessualità, può attivare reazioni comportamentali di segno positivo (accoglienza, sostegno, coinvolgimento) o negativo (rifiuto, allontanamento, condanna, esclusione, negazione di diritti, violenza). Laddove i comportamenti sono di segno negativo, si parla, per l'appunto, di discriminazione¹⁰⁻¹¹.

⁸ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

⁹ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

¹⁰ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

¹¹ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

1.2 Quale diversità

“L’identità sessuale, con tutto ciò che la compone, riguarda ogni essere umano. Parlarne solo in relazione ad alcune categorie di persone - lesbiche, gay, bisessuali, transgender - rischia di approfondire la distanza da ciò che si presume normale e ciò che si descrive come diverso” (Vaccarello D.)¹².

Il sesso biologico riguarda la genetica e la fisiologia degli apparati genitali e i caratteri sessuali secondari; questo può essere distinto dal genere, che è il complesso di elementi psicologici, sociali e culturali che determinano l’essere uomo o donna.

L’identità sessuale è una dimensione soggettiva e personale del proprio essere sessuato, che risponde a un’esigenza di classificazione e stabilità, ma che contiene in sé anche elementi di imprevedibilità ed incertezza, poiché rappresenta l’esito di complessi processi evolutivi derivanti dall’interazione tra aspetti biologici, psicologici socioculturali e educativi, nonché in parte dal caso.

L’identità di genere è il senso intimo profondo e soggettivo di appartenenza alle categorie sociali e culturali di uomo e donna, indipendentemente dal sesso anatomico di nascita.

L’orientamento sessuale indica la direzione della sessualità e dell’affettività verso persone del sesso opposto o dello stesso sesso. È quindi un concetto relazionale che riguarda le relazioni intime, sessuali, romantiche, sentimentali, e può concretizzarsi nei comportamenti oppure rimanere solo un desiderio.

Talvolta viene usata come equivalente l’espressione “preferenza sessuale”, che però non ha lo stesso significato, ed è anzi da evitare, in quanto sottintende l’idea che l’essere omosessuale piuttosto che eterosessuale possa essere una scelta, e che l’omosessualità si possa rivedere, cambiare o addirittura “curare”.

Il ruolo di genere invece riguarda l’insieme delle caratteristiche (atteggiamenti, gesti, abbigliamento, linguaggio, interazioni sociali e così via) che sono riconosciuti in una data società e cultura come propri di uomini e donne. E’ quindi il modo in cui una persona esprime l’adattamento alle norme condivise su ciò che è appropriato a un genere. Fin dall’infanzia ci si aspetta, ad esempio, che una bambina giochi con le bambole e che un bambino giochi con i robot o alla guerra.

È importante distinguere tra di loro gli elementi descritti, che fanno tutti parte dell’identità individuale e si possono combinare in modi molteplici, dando luogo a configurazioni inaspettate¹³.

¹² Linee Guida per un’informazione rispettosa delle persone LGBT. Dipartimento per le Pari Opportunità, disponibile alla URL: <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/dipartimento/pubblicazioni>

¹³ Linee Guida per un’informazione rispettosa delle persone LGBT. Dipartimento per le Pari Opportunità, disponibile alla URL: <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/dipartimento/pubblicazioni>

a. Etero ed omosessualità: un po' di chiarezza

La direzione dell'attrazione affettiva e sessuale nei confronti delle altre persone può essere di tipo eterosessuale, omosessuale o bisessuale.

Gli eterosessuali sono attratti in questo senso da persone del sesso opposto, mentre gli omosessuali sono attratti da quelle dello stesso sesso; nello specifico chiamiamo gay gli uomini omosessuali e lesbiche le donne omosessuali. Coloro che invece sono attratti da persone di entrambi i sessi sono detti bisessuali.

Prima di entrare nel merito dell'identità di genere, chiariamo che esiste una condizione, la quale spesso viene inclusa nell'acronimo LGBT, che diventa LGBTI, cioè quella dell'intersessualità, che noi non tratteremo in questa sede in modo approfondito. Si tratta di una condizione della persona che, per cause genetiche/congenite, nasce con i genitali e/o i caratteri secondari non definibili come esclusivamente maschili o femminili. Ovviamente si può comprendere che alcune problematiche di questi individui possono essere considerate trasversali rispetto a quelle degli omosessuali e dei trans, mentre altre sono specifiche.

Inoltre si può trovare il suddetto acronimo con un'ulteriore estensione, cioè LGTBQI, dove "Q" sta ad indicare queer. Questo termine inglese (letteralmente *strano, insolito*), che veniva usato in senso dispregiativo nei confronti degli omosessuali, è stato ripreso più recentemente in senso politico/culturale, e in chiave positiva, per indicare tutte le sfaccettature dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, rifiutando al tempo stesso le categorie rigide presenti nel termine LGBT e rivendicandone il superamento¹⁴.

b. Transessuale. Maschile o femminile?

Nella maggioranza delle persone di sesso biologico e l'identità di genere coincidono, ma in alcune no. Le persone transessuali sentono di appartenere al genere opposto di quello a cui corrispondono i loro caratteri sessuali, ed in molti casi decidono di modificare la conformazione dei propri genitali attraverso l'iter di rassegnazione chirurgica, regolato in Italia dalla L. 164/1982.

Si chiamano Female to Male (FtM) le donne biologiche che transitano verso l'identità maschile, e Male to Female (MtF) gli uomini che compiono il percorso opposto.

In realtà non tutte le persone che vivono una discordanza tra sesso e genere sono interessate a effettuare la transizione attraverso interventi chirurgici. In questo caso si parla di transgender, comprendendo sotto un più ampio termine ombrello tutte quelle persone che non riescono a riconoscersi o a identificarsi nei modelli di identità e ruolo di genere attribuiti al proprio sesso.

Sulla transessualità esiste un'ignoranza diffusa, spesso commista a pregiudizi, che genera continui errori e confusioni nel discorso mediatico.

La prima questione riguarda la distinzione tra identità di genere e orientamento sessuale. Talvolta si ha l'impressione che la persona transessuale sia considerata una sorta di "super-omosessuale", così tanto omosessuale da voler assomigliare al genere opposto al proprio. Ovviamente non è

¹⁴ Linee Guida per un'informazione rispettosa delle persone LGBT. Dipartimento per le Pari Opportunità, disponibile alla URL: <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/dipartimento/pubblicazioni>

così. Le persone gay e lesbiche provano attrazione per persone dello stesso genere, ma non hanno il desiderio né la convinzione di appartenere al genere opposto, né l'intenzione di intervenire per modificare i propri caratteri o attributi sessuali. Una persona transessuale o transgender al contrario, può essere tanto eterosessuale quanto omo o bisessuale. Da questa confusione nasce anche quella tra transessuali, travestiti, drag queen.

Il travestitismo fa riferimento a una condizione psicologica molto diversa e riguarda il piacere nell'uso, solitamente, ma non esclusivamente, da persone di sesso maschile, di abiti del sesso opposto, a prescindere dall'orientamento sessuale.

Una drag queen infine, è un uomo che si veste da donna, accentuandone le caratteristiche, con finalità artistiche o ludiche. Esiste anche il corrispettivo femminile, il drag king, cioè la donna che si veste da uomo.

Vi è anche confusione riguardo il genere grammaticale che si attribuisce alle persone trans. Per quanto riguarda i transgender, al contrario di quanto generalmente si pensa, è corretto attribuire il genere grammaticale rispetto all'apparenza femminile o maschile che la persona ha, cioè rispetto la sua esteriorità (es bisognerebbe scrivere "Vladimir Luxuria è "la" trans più famosa d'Italia"). Per la transessualità vale il principio dell'identità, cioè si tiene conto del sesso verso il quale si transita, indipendentemente dalla fase del percorso¹⁵.

c.Omofobia e omonegatività

Se con *omofobia* si intende una paura irrazionale, una fobia appunto, oggi molti studiosi hanno declinato il termine nel più complesso lemma di *omonegatività*. Questa accezione, molto più ricca di conseguenze socio-culturali, depauperava il vecchio termine *omofobia* a matrice "involontaria" e con risvolti patologici, e inclina l'assunto verso un contesto eminentemente sociale, e come tale correggibile attraverso interventi mirati.

Del resto è evidente che a scatenare odio nei confronti di gay, lesbiche, o più raramente bisessuali, non è tanto una "paura irrazionale ed immotivata", bensì piuttosto un costrutto socio-culturale con evidenti e precisi contenuti che per millenni ha stigmatizzato e resi abietti i soggetti omosessuali. La ragione della stigmatizzazione delle persone gay e lesbiche sono state ampiamente indagate ed hanno una radice multifattoriale: si va da motivi religiosi, alla patologizzazione ottocentesca che vedeva nel gay o nella lesbica un "invertito" contro natura, fino alle ragioni della nosologia novecentesca, che attribuivano ai soggetti gay e lesbiche delle turbe mentali.

Il concetto più moderno di *omonegatività* fa riferimento a quei fattori emotivi, culturali storici e sociali che codificano come negativa l'esperienza dell'omosessualità rispetto all'eterosessualità, senza arrivare a crimini d'odio estremamente netti ed evidenti.

¹⁵ Linee Guida per un'informazione rispettosa delle persone LGBT. Dipartimento per le Pari Opportunità, disponibile alla URL: <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/dipartimento/pubblicazioni>

L'omonegatività nella fattispecie agisce con tratti di comportamento apparentemente blandi, quali battute apparentemente banalizzanti (ma in realtà fortemente svalutanti), lo sguardo di disgusto e così via¹⁶.

Secondo uno studio condotto dall'Eurispes, un'alta percentuale di italiani (35,5%) tollera l'omosessualità purché non sia ostentata, mentre nel 51% dei casi l'omosessualità è considerata una forma di amore alla stregua dell'eterosessualità. Il 15% degli italiani però, non dimostra un atteggiamento di completa e serena accettazione degli omosessuali e quando entra in contatto con loro prova una sensazione di disagio, che va dall'imbarazzo alla disapprovazione manifesta¹⁷.

L'omofobia può esprimersi su quattro piani differenti:

- a) *personale*: che riguarda la somma di concezioni individuali pregiudizievoli e stereotipiche nei confronti dell'omosessualità;
- b) *interpersonale*: che implica la traduzione in comportamenti dei pregiudizi personali;
- c) *sociale*: che si esprime attraverso la reiterazione di comunicazioni sociali improntate sulla continua riproposizione di stereotipi su gay e lesbiche;
- d) *istituzionale*: che consiste nella discriminazione manifestata più o meno apertamente in istituzioni quali scuola, famiglia, stato, chiesa¹⁸.

In continuità con tale concetto, l'espressione *omofobia interiorizzata* (*internalized homophobia*) implica il riferimento alla presenza nei gay e nelle lesbiche di atteggiamenti negativi nei confronti dell'omosessualità, cioè verso i sentimenti omoerotici, i comportamenti omosessuali, le relazioni tra persone dello stesso sesso, l'autodefinizione come gay o lesbica. Alcuni autori preferiscono l'espressione "*eterosessismo interiorizzato*", ritenendola più appropriata per indicare l'interiorizzazione degli atteggiamenti e delle assunzioni negative della società riguardanti l'omosessualità.

L'omofobia interiorizzata è l'introiezione, conscia o inconscia, da parte della persona gay o lesbica, di pregiudizi, etichette negative e atteggiamenti discriminatori di cui essa è vittima¹⁹.

1.3 Tipologie di discriminazione

La discriminazione che le persone LGBT possono essere di diverso tipo.

Generalmente vengono descritte discriminazioni nella famiglia, per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi, in ambito sanitario, in ambito abitativo, nella formazione, nel mercato del lavoro.

Per motivi di spazio, ma anche legati all'appropriatezza e pertinenza con l'infermieristica forense, tratteremo solo alcuni di questi contesti, ed in particolare l'ambito familiare, la sanità e la formazione (in particolare il bullismo nelle scuole).

¹⁶ www.retelenford.it

¹⁷ Sansonetti S. *Relazione Paese I sulla situazione delle persone LGBT*, 2010

¹⁸ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

¹⁹ Ibidem

1.3.1 Discriminazione nel contesto familiare

Nel nostro Paese, la relativa persistenza della forza istituzionale del matrimonio, con la minor diffusione dell'instabilità coniugale, delle convivenze e delle nascite al di fuori del matrimonio stesso, sembra rendere difficile più che in altre realtà l'abbandono del modello famiglia "classico" come termine di riferimento. In Italia, dove si vive come adulti spesso ancora a casa dei genitori, anche quando si hanno relazioni di coppia si apre la possibilità di esplorare nelle pratiche familiari quotidiane la convivenza tra "modi di fare" omosessuali ed eterosessuali, e di sperimentare all'interno della famiglia stessa senza abbandonarla. Gay e lesbiche infatti, in Italia tendono ad essere inserite dentro la famiglia, piuttosto che sviluppate "in alternativa" alla famiglia.

Più avanti si introdurrà nello specifico la normativa di riferimento, seppur in Italia non esista alcuna legge specifica. Ciò fa in modo che la situazione delle coppie di fatto (anche eterosessuali ndr) spesso è vaga e confusa, e i due partner rischiano di vedersi negati alcuni diritti fondamentali.

Non tratteremo qui argomenti, seppur di estrema rilevanza, come la possibilità di estensione del matrimonio anche tra persone dello stesso sesso, o quella della procreazione. Così come non prenderemo in considerazione un altro tema dibattuto, con implicazioni sia psicologiche che giuridiche, è quello relativo alle omogenitorialità (famiglie con genitori LGBT)²⁰.

Poniamo invece il focus sulla discriminazione, che talvolta si traduce in abbandono e forme di vera e propria violenza, delle persone LGBT all'interno delle proprie famiglie.

a. Le famiglie con figli omosessuali e il coming out

Venire a scoprire che il proprio figlio è omosessuale comporta, almeno in un primo momento, una reazione improvvisa di shock, un'esplosione di sentimenti di sorpresa e dolore, vissuta solitamente come evento del tutto inatteso, anche a causa di carenza delle più elementari informazioni a riguardo. I genitori si trovano spiazzati e disorientati, non solo a livello personale, ma anche all'interno del sistema familiare. In un'indagine appositamente effettuata in alcune Regioni, le ROC (Regioni Obiettivo Convergenza)²¹, si è denotato un diverso comportamento tra i padri e le madri. I primi infatti tendevano a chiudersi (non insoliti i pensieri di suicidio), a non comprendere, a non dare un senso ai cambiamenti del proprio figlio. Le madri al contrario fin da subito manifestavano un ruolo attivo e di sostegno, che spesso non solo veniva rivolto al figlio, ma anche al marito. I padri quindi pare abbiano bisogno di più tempo per la rielaborazione, quantificabile in diversi mesi, o addirittura in anni.

²⁰ Ippoliti C, Schuster A. *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

²¹ Campania, Calabria, Puglia e Sicilia

In linea di massima l'indagine non consente di affermare che vi siano genitori contenti, anche dopo diverso tempo, di avere un figlio omosessuale, ma dopo una prima fase di rifiuto (prevalentemente dei padri, come abbiamo detto), normalmente segue una fase di presa di coscienza, seguita da una modificazione delle iniziali aspettative sul figlio (dapprima illusorie, poi più confacenti alla realtà)²².

E' da tenere presente che la realtà culturale e sociale italiana non presenta in alcun modo modelli di riferimento con figli omosessuali, per cui la famiglia si trova nell'impossibilità di avere un "tampone" o un "cuscinetto protettivo", che possa intervenire riducendo la qualità e la quantità degli stimoli negativi provenienti dalla nuova situazione. Essi si trovano quindi in una condizione di isolamento in cui devono basarsi solamente su risorse individuali. La percezione della possibilità di sostegno rimane pertanto un bisogno inespresso.

Il *coming out* (dichiarazione pubblica della propria omosessualità) rappresenta una tappa importante per la persona omosessuale, che segna un grosso momento di crescita psicologica e spesso viene paragonato ad una seconda nascita. E' un processo che dura tutta la vita, dove il sostegno o la mancanza dello stesso da parte della propria famiglia determina la possibilità di un futuro sereno. Solitamente l'adolescente non si confida per primo con le figure genitoriali, bensì il primo referente è il gruppo dei pari o un caro amico. Il conflitto della fase precedente al *coming out* è relativo alla paura di non essere accettato, o di dare un dolore ai genitori.

Stereotipi, pregiudizi e rappresentazioni sociali riguardanti l'omosessualità sono elementi comunque presenti nei componenti delle famiglie di soggetti LGBT anche prima del *coming out* dei figli. Queste condizioni simboliche fanno sì che nei padri e nelle madri si inneschino una serie di meccanismi difensivi e di preoccupazioni riguardanti il figlio, la sua vita adulta e il contesto sociale.

Interviste a familiari di omosessuali nelle ROC lasciano presupporre una confusione sul concetto dell'identità omosessuale, e la cosa che pare quasi incomprensibile, è che talvolta gli stessi ragazzi provano questa incertezza. Ci si riferisce in particolare alla difficoltà di concepire l'omosessualità al di fuori di alcuni luoghi comuni che vedono l'uomo gay come effeminato, e la lesbica con una grande componente androgena, data anche la presenza di pressanti meccanismi di controllo sociale volti a monitorare che tutti i membri di una comunità, osservino scrupolosamente le norme le pratiche e i comportamenti, al fine di apparire adeguatamente "maschili" o "femminili"²³.

b. Persone trans e discriminazione in famiglia

Dall'indagine nelle ROC emerge che il 42% dei trans del campione vive da solo, mentre la media di tutte le persone LGBT considerate che vivono da sole è del 7%. Ben il 30% invece vive ancora con la famiglia d'origine, il 28% ha una relazione affettiva stabile e infine, più del 7% ha almeno un figlio.

²² Ippoliti C, Schuster A. *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

²³ Ippoliti C, Schuster A. *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

Quello familiare è uno degli ambiti di maggiore criticità per le persone trans.

Le persone intervistate hanno dichiarato di sentirsi discriminati sia nel contesto familiare d'origine sia, ed in misura ancor maggiore, rispetto all'insieme più ampio dei parenti, definendo in media una discreta gravità dei comportamenti discriminatori stessi.

La condizione di maggior vulnerabilità delle persone trans rispetto ad omo-bisessuali è anche dovuta alla maggior difficoltà nel riuscire a nascondere la propria identità rispetto a rischi reali o percepiti per il loro benessere²⁴.

1.3.2 Discriminazione in ambito sanitario

Anche se l'omosessualità è stata studiata per un certo tempo come un disturbo psicologico, questo approccio è stato abbandonato con la quarta edizione del *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM)* adottato dall'Associazione degli Psichiatri Americani nel 1973. In seguito, nel 1990, l'assemblea generale dell'OMS ha cancellato l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali (*International Classification of Diseases - ICD*).

Sono oggi scientificamente screditate le cosiddette "teorie riparative", approcci psicoanalitici che tentano di "curare" i soggetti omosessuali. Inoltre tale approccio appare precluso dal Codice Deontologico dell'Ordine Nazionale degli Psicologi Italiani, che all'art.4 impegna il professionista al rispetto dell'autodeterminazione e dell'autonomia del paziente²⁵.

Al contrario la situazione delle persone transessuali presenta numerose specificità, che in campo sanitario consigliano una trattazione separata. Secondo sia il DSM che l'ICD, la persona transessuale soffre di un "disturbo dell'identità di genere" o "disforia di genere" (DIG). Si tratta di una condizione umana classificata come disturbo psichiatrico, ma non suscettibile di approccio terapeutico di tipo psichiatrico.

Il percorso di transizione parte dall'accertamento diagnostico e si sviluppa attraverso il sostegno psicoterapeutico, un percorso endocrinologico (terapia ormonale sostitutiva) fino all'intervento di riconversione genitale (RCS), insieme ad altri eventuali interventi di chirurgia estetica.

Molte persone con disforia di genere, i transgender, riescono a raggiungere un equilibrio psicofisico indipendentemente da un intervento di rassegnazione chirurgica del sesso, attraverso un transizione di genere, acquisendo cioè i caratteri secondari e lo stile di vita del genere di arrivo, con un percorso che ha comunque molte analogie con quello intrapreso dai transessuali, includendo diversi aspetti sanitari²⁶.

²⁴ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

²⁵ Lingiardi V., *Citizen gay*. Il Saggiatore Milano, 2007

²⁶ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

La discriminazione nei confronti delle persone LGBT in ambito sanitario si può presentare sotto molteplici forme, e data la vastità dell'argomento, ci concentriamo in questa sede su alcuni aspetti cruciali.

Innanzitutto è importante definire quale sia l'auto-percezione del proprio stato di salute delle persone LGBT, in quanto questo aspetto è considerato da molti ricercatori un indice di benessere psicofisico. E' interessante notare che da un'indagine sui dati Banca d'Italia emerge che le persone in coppie LGB apertamente dichiarate affermano di godere di uno stato di salute significativamente migliore rispetto alle coppie non dichiarate. Questi dati sembrano suggerire che la libertà di vivere pubblicamente la propria sessualità possa incidere favorevolmente sullo stato di salute.

Per quanto riguarda invece la popolazione trans, l'indagine svolta nelle ROC evidenzia uno stato di maggior disagio, dal momento che in media le persone trans intervistate dichiarano uno stato di salute auto-percepita peggiore della media della popolazione²⁷.

La questione non riguarda solo l'impatto della discriminazione sulla salute e il benessere, ma anche una discriminazione circa ad esempio l'accesso ai servizi sanitari. Una ricerca evidenzia tra l'altro che nelle regioni meridionali le donne omosessuali sono meno coinvolte nei percorsi di prevenzione sanitarie, e oltre il 20% di esse non effettua alcun controllo circa le malattie sessualmente trasmissibili. Molte donne lesbiche o bisessuali non si sottopongono a visite ginecologiche regolari, perché temono di non essere accettate a causa delle loro abitudini sessuali, o che queste influisca sulla qualità del trattamento ricevuto. Secondo la ricerca, il 34% circa delle lesbiche intervistate teme di ricevere un trattamento peggiore da parte di medici o infermieri dopo aver rivelato il proprio orientamento sessuale²⁸.

Secondo la stessa ricerca, anche la popolazione omosessuale maschile effettua meno controlli per l'HIV e le malattie sessualmente trasmissibili anche per il timore di possibili discriminazioni.

Inoltre solo il 3% dei maschi omosessuali rivelerebbe il proprio orientamento sessuale al medico di base.

Una questione che la comunità omosessuale vive come una pressante discriminazione riguarda la possibilità di donare il sangue. Alcuni omosessuali, soprattutto maschi, si sono visti respingere come donatori in quanto considerati "categoria a rischio", anche se dichiaravano di avere rapporti protetti.

a. Le esigenze di tipo sanitario di transessuali e transgender

Il percorso di transizione di genere è piuttosto complesso e in parte disciplinato da legge. La riattribuzione chirurgica del sesso (RCS) è disciplinata dalla L.164/1982, nel suo testo modificato dal DPR 396/2000.

²⁷ Ibidem

²⁸ *Progetto Salute e Prevenzione dedicato alle donne lesbiche*, disponibile online alla URL <http://www.digiproject.com/coddocumento/65/>

Le persone autorizzate all'intervento possono rivolgersi presso uno dei pochissimi centri in regime di convenzione, confrontandosi con il problema delle lunghissime liste di attesa, in regime di intramoenia oppure in costosissime cliniche private.

Inoltre generalmente le persone transessuali e talvolta anche transgender assumono terapia ormonale per assumere determinate caratteristiche del genere di arrivo, per la quale non è necessaria alcuna autorizzazione. Il SSN non dispensa questi farmaci, per cui i costi gravano in toto sulla persona transessuale (o transgender). Quella di poter usufruire delle terapie ormonali necessarie a carico del SSN è un'esigenza particolarmente sentita tra le persone trans. In realtà si tratterebbe di farmaci di "fascia A", per cui gratuiti se ritenuti necessari per garantire le cure previste nei LEA²⁹.

La regione di questa esclusione, superata solo in alcune Regioni, riposerebbe che il Disturbo di Identità di Genere non figura tra le indicazioni terapeutiche di questi farmaci.

Ciò a dispetto del fatto che la DIG è un disturbo da anni conosciuto e classificato dall'OMS, e che lo Stato Italiano riconosce in modo esplicito sia l'esistenza del disturbo, sia l'assunzione a carico del SSN a carico del SSN delle cure adeguate³⁰.

Anche la Corte Europea per i Diritti Umani (le cui decisioni sono vincolanti per lo Stato Italiano) ha dichiarato che "il transessualismo è ampiamente riconosciuto a livello internazionale come condizione medica" per la quale la terapia ormonale e l'intervento chirurgico costituiscono un rimedio terapeutico³¹.

È da tenere conto inoltre che il percorso di transizione di solito non si limita solo all'intervento chirurgico ed alla terapia ormonale, ma spesso sono previsti altri interventi la cui spesa deve essere sostenuta, nelle maggior parte dei casi, dalla persona stessa.

Ad esempio un passo indispensabile nella transizione MtF è l'eliminazione della barba attraverso la laser-terapia (o l'elettrocoagulazione), in quanto per questo problema la terapia medica non è efficace.

In ogni caso, dall'indagine svolta sulle ROC, risulta che quello sanitario è un settore in cui la discriminazione è percepita dai trans come meno grave, ad esempio rispetto all'ambito professionale.

Uno degli aspetti più lamentati da parte delle persone trans nei momenti di interazione con le strutture socio-sanitarie è di essere ospedalizzate in base al dato anagrafico. Questa pratica è gravemente inadeguata, in quanto ricoverare una persona transessuale con aspetto femminile, o quanto meno femminilizzato, in un reparto maschile rappresenta per una persona un'esperienza psicologicamente dannosa, ed a fronte di potenziali pericoli, come ad esempio derisione, maltrattamenti, intolleranza da parte degli altri pazienti o di personale sanitario non adeguatamente preparato³².

²⁹ Livelli Essenziali di Assistenza

³⁰ L.164/1982

³¹ Sentenza *Van Kück contro Germania* del 12 Giugno 2003

³² Ippoliti C, Schuster A. *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

1.3.3 Istruzione e formazione: stereotipi, pregiudizi e bullismo

Ad influire sulla qualità di vita dei giovani LGBT all'interno delle scuole, è innanzitutto la persistenza di alcuni luoghi comuni.

Per quanto riguarda i gay per esempio, i pregiudizi più comuni riguardano ad una presunta "sensibilità artistica femminile", un'incapacità negli sport aggressivi, un'accentuata promiscuità sessuale, un atteggiamento predatorio nei confronti degli altri maschi. Per le lesbiche, un aspetto fisico sgradevole, uno scarso istinto materno, attitudine agli sport aggressivi e così via. Per entrambi la volubilità del carattere e l'incapacità narcisistica di stabilire solide relazioni affettive. Si parla in questo caso di *eterosessismo*, un sistema ideologico che nega, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale³³.

Riguardo al transessualismo e al transgenderismo, agisce invece il cosiddetto *genderismo*, una forma di pregiudizio che divide in maniera dicotomica le persone in maschi e femmine, stigmatizzando chi non rispetta tale binarismo³⁴.

I bisessuali costituiscono un gruppo stereotipato sia da molti eterosessuali (per i quali il comportamento bisessuale è originato da una viziosa ricerca del piacere) sia da molti omosessuali (per i quali la bisessualità semplicemente non esiste, ma è solo un modo per camuffare la propria omosessualità).

Queste rappresentazioni sono state definite da Iris Young come "imperialismo culturale"³⁵.

Nell'età adolescenziale, caratterizzata da profonde trasformazioni psicofisiche e dalle ansie ad esse collegate, gli stereotipi e i pregiudizi hanno una precisa funzione ego-difensiva e di costruzione della reputazione sociale. In ambito scolastico, l'imperialismo culturale si esplica sia a livello di contenuti curriculari (per lo più attraverso la cancellazione delle tematiche LGBT) che nelle interazioni tra pari. Già a partire dalle scuole secondarie di primo grado infatti, gli studenti sentono di doversi conformare agli stereotipi di genere e sessualità per poter essere parte del contesto sociale ed interagire con i coetanei, quindi cominciano a escludere chi è diverso. Di conseguenza l'educazione alle diversità sessuali dovrebbe cominciare precocemente³⁶.

Strettamente collegato all'imperialismo culturale, è il dispiegamento della violenza ai danni ai danni dei soggetti stereotipati e colpiti da pregiudizio. Si tratta di violenza simbolica, violenza verbale, così come aggressioni fisiche, cieche e ingiustificate. In ambito scolastico la violenza si esprime soprattutto sotto forma di bullismo, un sistematico abuso di potere ripetutamente e deliberatamente esercitato, che sembra contrapporre la "normalità statistica" a chi si differenzia.

Nelle scuole può esserci inoltre una differenziazione della discriminazione a seconda degli indirizzi di studio: nella scuola secondaria di secondo grado incentrata sulle arti, si mostrano

³³ Ibidem

³⁴ Batini F, Santoni B., *L'identità sessuale a scuola. Educare alla diversità e prevenire l'omofobia*. Liguori, Napoli, 2009.

³⁵ Ippoliti C, Schuster A. *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

³⁶ *idem*

attitudini più positive nei riguardi delle differenze, mentre gli studenti degli istituti tecnici o professionali mostrano una maggiore tendenza alla discriminazione della popolazione LGBT.

Il bullismo omofobico, secondo Lingiardi, presenta dinamiche peculiari, in quanto le prepotenze chiamano sempre in causa una dimensione specificatamente sessuale. Non è attaccato solamente il soggetto in quanto tale, ma anche e soprattutto la sua sessualità e identità di genere. La vittima può incontrare difficoltà a chiedere aiuto agli adulti, in quanto questo equivale a richiamare l'attenzione sulla propria sessualità. Il bambino vittima può incontrare particolari difficoltà a individuare figure di riferimento e sostegno tra i pari; il numero di difensori della vittima già di per sé esiguo, si abbassa ulteriormente nel bullismo omofobico, in quanto "difendere un finocchio" comporta il rischio di essere considerati omosessuali³⁷.

Un discorso a parte va fatto per il bullismo transfobico in quanto, pur essendo esiguo il numero di persone che iniziano il percorso di transito durante gli anni scolastici, appare forte durante l'adolescenza il bisogno di stabilire confini tra i generi, con conseguenti attacchi ego-difensivi ai danni di chi mostra un ruolo di genere atipico. Non è a caso che, ad esempio, le transessuali MtF vengono colpite in quelle parti del corpo maggiormente femminilizzate o coinvolte da interventi di implantologia: la violenza esprime il desiderio di normalizzazione, di rientro nei ranghi³⁸.

1.4 L'entità del fenomeno della violenza su persone LGBT

Secondo un rapporto dell'FBI che raccoglieva e collegava i fatti criminosi del 2005 secondo il movente, fra i "crimini d'odio" quello contro gli omosessuali hanno rappresentato il 14,2% del totale, risultando inferiori solo ai crimini basati sul razzismo e sulla religione. Peraltro questa statistica sarebbe lontana per difetto dalla realtà, in quanto in caso di aggressioni omofobiche, molte vittime non hanno il coraggio di denunciare il fatto alle autorità competenti.

Per quanto riguarda i transessuali o transgender vittime di omicidio, si stima che nel mondo, dal 1990 al 2003, le persone trans assassinate per odio o pregiudizio transfobico hanno costantemente superato la media di uno al mese³⁹.

In Italia il fenomeno della violenza omofobica non è trascurabile. Con riferimento al periodo gennaio 2008-dicembre 2009, i casi di violenza riportati dalla stampa italiana sono stati 21 omicidi, 25 aggressioni e atti di violenza, 15 estorsioni 9 casi di bullismo, e 8 atti vandalici. Dal 1° gennaio 2010 sono stati registrati 11 episodi di aggressioni e atti di violenza, 2 estorsioni, un caso di bullismo, 3 atti vandalici (dati aggiornati a marzo 2010). Questi dati, considerati nel loro insieme, rivelano come la discriminazione a causa dell'orientamento sessuale sia tuttora diffusa all'interno della società italiana, nonostante l'impegno delle associazioni LGBT nel contrastarla e

³⁷ Ibidem

³⁸ Ibidem

³⁹ Fracasso M, Codini G, Merzagora Bestos I et al., *Vittime del crimine. Diritti ed esperienze di supporto in Europa*. 2007, disponibile alla URL:<http://www.ristretti.it/convegni/valencia>

nel promuovere il riconoscimento dei diritti civili delle persone con diverso orientamento sessuale⁴⁰.

Al di là dell'enfasi posta dalla letteratura criminologica sull'omosessualità come fattore di rischio per l'omicidio, "quel che si constata è che l'omosessuale può essere vittima preferenziale qualora adotti uno stile di vita promiscuo, caratterizzato da rapporti molteplici ed occasionali, di sessualità 'compulsiva' il che può darsi anche per gli eterosessuali che facciano propria una tale condotta"(Isabella Merzagora Bestos), per cui si deduce che un altro fattore di rischio è la frequentazione di ambienti legati alla prostituzione⁴¹.

1.5 Il quadro normativo

1.5.1 La normativa europea

Nel continente europeo, il Consiglio d'Europa (COE), attraverso i suoi organismi, è più volte intervenuto per promuovere azioni tese a realizzare il rispetto e il pieno godimento dei diritti umani da parte delle persone LGBT (Raccomandazioni 924/1981; 1470/2000; 1635/2003; 1915/2010; Risoluzione 1728/2010)

In particolare, nella fondamentale Raccomandazione CM/Rec(2010)5, il Comitato dei Ministri ha rimarcato che le persone LGBT sono state vittime per secoli di intolleranza e discriminazione, anche all'interno delle loro famiglie, ivi compreso sotto forma di criminalizzazione, marginalizzazione, esclusione sociale e violenza. Di particolare importanza è il richiamo al principio secondo il quale non può essere invocato nessun valore culturale, tradizionale o religioso, né qualsivoglia precetto derivante da una "cultura dominante" per giustificare il discorso dell'odio o qualsiasi altra forma di discriminazione, ivi comprese quelle fondate sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere.

L'azione svolta dal COE a difesa dei diritti delle persone LGBT è particolarmente efficace anche grazie alla Corte Europea dei Diritti Umani (CEDU), la quale opera sulla base della Convenzione firmata a Roma dagli Stati membri del COE nel 1950.

La giurisprudenza CEDU è stata in grado di determinare o influenzare nei 47 Stati membri del COE il cambiamento di numerose legislazioni discriminatorie nei confronti delle persone LGBT in diverse materie.

Particolare importanza riveste in ambito sovra zonale l'Unione Europea, che nel 2000 ha adottato la Carta dei Diritti Fondamentali dei cittadini dell'Unione Europea, avente effetto giuridico vincolante negli Stati dell'Unione a partire dal 2009. In essa è contenuto un divieto generale di

⁴⁰ Sansonetti S., *Relazione Paese I sulla situazione delle persone LGBT*, 2010

⁴¹ Fracasso M, Codini G, Merzagora Bestos I et al., *Vittime del crimine. Diritti ed esperienze di supporto in Europa*. 2007 disponibile alla URL:<http://www.ristretti.it/convegni/valencia>

discriminazione anche in base all'orientamento sessuale della persona umana e il riconoscimento del diritto di sposarsi e costruire una famiglia, senza esclusione per le persone omosessuali⁴².

1.5.2 La normativa nazionale

La Costituzione è il punto di partenza, e a tutela delle persone LGBT spiccano alcuni articoli, tra cui l'art.2 (dignità, diritti inviolabili, formazioni sociali, quali le unioni di fatto), l'art. 3 (eguaglianza sia formale che sostanziale), l'art. 32 (tutela della salute), l'art. 117 (rispetto degli obblighi internazionali e comunitari).

L'articolo 3 riveste fra tutti un ruolo chiave, al pari di altre clausole che si ritrovano nella Carta di Nizza dell'Unione europea o nella Convenzione Europea per i diritti umani. Dopo aver affermato al primo comma la pari dignità sociale di tutti i cittadini, impegna lo Stato a "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Per quanto riguarda la legislazione ordinaria, il primo intervento in ordine di tempo è stato l'introduzione della L.164/1982 che consente il cambio di sesso alle persone transessuali.

Nel tempo si sono succedute diverse norme legislative, come ad esempio la L.328/2000 che sancisce il diritto alle pari opportunità e alla non discriminazione, promuovendo l'impegno pubblico verso interventi e servizi sociali a garanzia di tali principi. Tale legge inoltre stabilisce che la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle Regioni ed allo Stato.

Purtroppo però l'ordinamento italiano non prevede tuttora una normativa specifica per i reati di omofobia e transfobia, e proprio a tale proposito in diverse occasioni il Parlamento ha respinto varie proposte di legge in materia.

Allo stesso modo nel nostro Paese il matrimonio tra persone dello stesso sesso è illegittimo (sentenza della Corte Costituzionale 138/2010) ⁴³⁻⁴⁴.

1.5.3 La normativa regionale

Le Regioni si sono recentemente avviate lungo un percorso di consapevolezza degli obblighi derivanti del diritto sovranazionale. All'interno della cornice nazionale esse, singolarmente, hanno provveduto a darsi delle normative per la concreta attuazione sul proprio territorio del sistema dei servizi di welfare.

⁴²Strategia Nazionale LGBT, disponibile online alla URL: <http://www.unar.it/unar/portal/wp-content/uploads/2014/02/LGBT-strategia-unar>

⁴³Strategia Nazionale LGBT, disponibile online alla URL: <http://www.unar.it/unar/portal/wp-content/uploads/2014/02/LGBT-strategia-unar>

⁴⁴ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

Le strategie e le politiche regionali si presentano con un'efficacia variabile; alcune possono essere citate per essere innovative e progressiste, altre di contro per un certo conservazionismo.

La **Toscana** si contraddistingue perché storicamente ha mostrato una considerevole sensibilità verso i temi della discriminazione delle persone LGBT. Il suo Statuto riconosce e tutela altre forme di convivenza oltre al matrimonio e sancisce il rifiuto di diversi tipi di discriminazione, tra cui quella legata all'orientamento sessuale. La Corte Costituzionale ha peraltro confermato la legittimità di "una presenza politica della Regione, in rapporto allo Stato o anche ad altre Regioni", e quindi di simili enunciazioni statutarie, pur nel loro carattere non prescrittivo e non vincolante. In Regione Toscana poi sono seguite alcune leggi, tra cui il primo atto dell'ordinamento italiano ad occuparsi organicamente e specificamente della discriminazione per orientamento sessuale e di genere (l.r. 63/2004)⁴⁵.

Di particolare rilevanza appare l'impegno verso il contrasto all'esclusione dei trans. Ad esempio la Giunta regionale con deliberazione n. 382/2007, ha disposto una *Sperimentazione di interventi per il sostegno e l'accompagnamento al lavoro di persone transessuali e transgender*, nonché con deliberazione n. 396/2006 ha disciplinato il trattamento ormonale dei soggetti affetti da disturbo dell'identità di genere.

La Regione ha inoltre attivato una convenzione con l'associazione *Avvocatura per i diritti LGBT-Rete Lenford*, con l'obiettivo di istituire l'*Osservatorio sulla discriminazione per orientamento sessuale e identità di genere*, la cui finalità è quella di compiere una ricognizione di come tutti i Comuni della Regione vivano questo fronte della discriminazione⁴⁶.

La **Liguria** ha adottato la l.r. 52/2009 al fine di introdurre norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere. L'enunciazione delle finalità riprende la corrispondente legge toscana, mentre con riguardo ai settori di intervento, si evidenziano, oltre alla formazione professionale, politiche del lavoro e integrazione sociale, sanità, quelli in materia di istruzione.

Obiettivi precisi sono posti circa la promozione della cultura professionale e dell'imprenditorialità, alla formazione del personale amministrativo, alla diffusione di informazioni e di eventi culturali. La legge ligure spicca per la disposizione che riguarda il difensore civico, di cui estende le competenze proprio per consentire il suo intervento anche nei casi di discriminazioni motivate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere⁴⁷.

Anche la Regione **Puglia** si è data una legislazione ritenuta da più parti come particolarmente avanzata, con la l.r. 19/2006 che, in aderenza ai principi enunciati nello Statuto regionale, affida alla Regione il compito di perseguire il benessere dei suoi abitanti. La legge regionale si pone come obiettivo primario quello di garantire ai propri cittadini, come singoli o come formazione

⁴⁵ La Corte Costituzionale ha dichiarato illegittime le disposizioni sul consenso informato e divieto di discriminazione, in quanto incidono su ambiti di esclusiva competenza statale; ciononostante l'impostazione della l.r. 63/2004 non ne è rimasta pregiudicata, e la Regione Toscana persegue il contrasto alla discriminazione anche per orientamento sessuale, e la valorizzazione della differenza di genere che emerge in diversi atti regionali

⁴⁶ www.retelenford.it

⁴⁷ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusiones sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

sociale quale la famiglia, la qualità di vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti alla cittadinanza, operando per prevenire, eliminare o ridurre gli ostacoli della piena inclusione sociale. Attraverso l'estensione delle tutele previste per la famiglia anche a "nuclei di persone legate da vincoli di parentela, affinità, adozione, tutela e altri vincoli solidaristici", viene introdotta una nozione di nucleo familiare sufficientemente ampia da comprendere anche le coppie e le famiglie omoaffettive. Questa norma rappresenta uno dei principali elementi di modernità della legislazione pugliese.

Comunque positivo il quadro normativo del settore abitativo; la l.r. 54/1984 relativa alle norme sull'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, all'art. 2 stabilisce che sono considerati componenti del nucleo familiare anche persone non legate da vincoli di parentela o affinità, qualora la convivenza sia istituita da più di due anni prima della data di pubblicazione del bando di concorso, e sia finalizzata alla reciproca assistenza morale e materiale e purché i componenti siano inseriti nello stato di famiglia e producano idonea documentazione rilasciata dal Comune⁴⁸.

Anche la **Campania** pare munita di un sistema legislativo sostanzialmente valido per rispondere alla domanda di inclusione sociale sul territorio. Lo Statuto all'art. 1 recita: "La Regione Campania ispira la propria azione [...] alla centralità della persona umana, favorendo e garantendo i principi di uguaglianza, solidarietà, libertà, giustizia sociale [...]. La Regione contribuisce al mantenimento di tali valori comuni nel rispetto e nel contributo delle diversità e delle minoranze". L'art. 9 si riconosce e sostiene la famiglia fondata sul matrimonio, ed alle unioni familiari, una distinzione che lascia intendere che nella seconda categoria possano essere contemplate a tutti gli effetti le famiglie e le coppie omoaffettive.

La Regione Campania si è quindi dotata della l.r. 11/2007, con l'intento di promuovere e assicurare quanto stabilito la pari dignità sociale della persona, le pari opportunità e la tutela dei diritti sociali del cittadino, nonché la prevenzione o riduzione di emarginazione, disagio o discriminazione in tutte le sue forme⁴⁹.

Con riguardo al settore abitativo, la l.r. 18/1997 sulla disciplina dell'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, include all'art. 2 le unioni di fatto con una convivenza di almeno due anni, al pari della legislazione regionale pugliese.

Elemento dell'impianto normativo campano da prendere in considerazione è inoltre il *Piano Strategico Regionale triennale per l'attuazione delle politiche delle pari opportunità e per i diritti per tutti 2008-2010*, che mira a un modello di governante equitativo e inclusivo. Il Piano prende esplicitamente in considerazione la situazione *delle viados* (attribuendo, con sensibilità il genere femminile) tra le vittime della tratta, ai fini del reinserimento socio-lavorativo. Inoltre è prevista una Autorità per politiche di genere, al fine di prevenire la discriminazione, compresa quella fondata sull'orientamento sessuale⁵⁰.

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ Ibidem

⁵⁰ Ibidem

La l.r. 8/2010 delle **Marche** presenta le medesime finalità delle leggi regionali sopra descritte. I settori presi in considerazione sono l'istruzione, la formazione e l'aggiornamento professionale anche del personale amministrativo, con riguardo alle specifiche problematiche socio-sanitarie dell'omosessualità, e sulle migliori modalità di intervento degli operatori pubblici a contatto con le vittime di discriminazione o di reati legati all'orientamento sessuale e all'identità di genere. Altri settori sono la promozione di politiche attive del lavoro, le politiche sociali e il settore socio-sanitario.

Di notevole interesse è il ruolo attribuito al Comitato Regionale per le Comunicazioni (CORECOM), il quale è chiamato a formulare ai concessionari proposte per sensibilizzare l'opinione pubblica con riguardo a questi fattori specifici di discriminazione, così come a operare un monitoraggio di contenuti discriminatori nella programmazione radio-televisiva locale e regionale.

Inoltre le persone vittime di discriminazione, "anche sottoposte a misure restrittive della libertà personale" (art. 4) possono rivolgersi all'Autorità di garanzia per il rispetto dei diritti degli adulti e bambini- Ombudsman regionale, istituita con l.r. 23/2008⁵¹.

Lo Statuto regionale dell'**Emilia Romagna** nel preambolo riafferma i valori universali dell'uguaglianza, della giustizia sociale e della solidarietà, ed enuncia il divieto di discriminazione, esprimendolo esplicitamente anche in riferimento all'orientamento sessuale oltre che al genere. La Regione non si è dotata di un atto legislativo specifico, tuttavia, nel contesto della l.r. 24/2009, una legge finanziaria, ha approvato l'art. 48, dedicato alla parità di accesso ai servizi, a garanzia del diritto di tutti i cittadini dell'Unione Europea di fruire dei servizi pubblici e privati in condizioni di parità di trattamento e senza discriminazione, tutelando tutte le forme di convivenza e promuovendo azioni positive. L'Emilia Romagna adotta inoltre importanti politiche di lotta alla discriminazione. Con la deliberazione G.R. n. 602/2009⁵² dedica la sezione 16 a "Diversità ed equità", sviluppando strategie integrate di *diversity management*, di consolidamento delle azioni di ascolto e di empowerment dei cittadini.

Nell'ambito abitativo, degna di nota è l'iniziativa del Comune di Bologna, il cui *Regolamento per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica*, approvato dal Consiglio Comunale nel Gennaio 2007, consente un più ampio accesso agli stessi⁵³.

Per quanto riguarda la **Calabria**, Risalta in maniera immediata la norma all'art. 2 "La Calabria fa propria la Carta dei diritti dell'Unione Europea", con rinvio particolare al principio generale della non discriminazione.

Inoltre l'art. 2 dello Statuto afferma che la Regione ispira in particolare la sua azione al raggiungimento dell'effettiva tutela e del pieno esercizio, per tutti, di diritti e interessi riconosciuti dalla Costituzione, operando per un superamento degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana.

⁵¹ Ibidem

⁵² Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2009

⁵³ Ippoliti C., Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

Poco più avanti però, il riferimento generico al sostegno della "famiglia" non sembra dare un espresso rilievo, pur senza escluderle esplicitamente, alle coppie di fatto.

La legge calabrese in materia di welfare è la l.r. 23/2003, che richiama i principi di uguaglianza e solidarietà e si pone gli obiettivi di promuovere interventi a garanzia della qualità di vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza.

I destinatari delle prestazioni sembrano tuttavia essere i singoli individui o solo le famiglie in senso tradizionale, non essendovi alcun riferimento che riporti ai nuclei familiari alla stregua della legislazione di Campania o Puglia.

Sul fronte abitativo, la l.r. della Calabria 32/1996 che disciplina l'assegnazione degli alloggi di edilizia pubblica, fornisce una nozione di nucleo familiare fondato sul matrimonio, esteso però anche alle convivenze da almeno due anni.

Da ricordare invece che il Comune di Polistena (RC) nel 2009 si è dotato di un *Regolamento contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere*, con l'obiettivo esplicito di sollecitare il Consiglio Regionale

affinché doti la Calabria di strumenti normativi che possano garantire il rispetto delle persone LGBT⁵⁴.

La Regione **Friuli-Venezia Giulia** contrasta la discriminazione determinata da orientamento sessuale o identità di genere in diversi documenti legislativi.

La l.r. 25/2006 *Sviluppo di una rete bibliotecaria regionale, tutela e valorizzazione delle biblioteche e valorizzazione del patrimonio archivistico* assegna alla biblioteca pubblica dell'ente locale il compito di sviluppare una cultura democratica e di pace, garantendo l'uguaglianza di accesso alle conoscenze e alle opinioni, indipendentemente da razza, nazionalità, religione, cultura, idea politica, età, limiti di apprendimento, sesso o orientamento sessuale degli utenti.

La l.r. 12/2007 *Promozione della rappresentanza giovanile, coordinamento e sostegno delle iniziative a favore dei giovani*, stabilisce che le politiche giovanili devono mirare a riconoscere le pari opportunità, anche con attenzione al rispetto tra i generi e dell'orientamento sessuale al fine di prevenire discriminazioni e violenze⁵⁵.

Nonostante la ricchezza di buone prassi e di interventi a livello territoriale, la Regione **Piemonte** non si è dotata di una legge specifica per contrastare la discriminazione per orientamento sessuale o identità di genere. Il *Programma di attuazione per lo sviluppo delle pari opportunità* del 2007⁵⁶, ribadisce l'obiettivo di perseguire sul proprio territorio un'effettiva realizzazione delle pari opportunità per tutti, indipendentemente da genere, età, orientamento sessuale, nazionalità, etnia, condizioni di disabilità, religione (art. 56).

Il Piemonte inoltre è intervenuto legislativamente nel settore lavorativo; le *Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, della sicurezza e regolarità del lavoro* (l.r. 34/2008), tra i suoi intenti, contempla il sostegno all'inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro delle persone a rischio di esclusione, quindi pari opportunità indipendentemente da genere, etnia,

⁵⁴ Ibidem

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Approvato con deliberazione della G.R. n. 1-7320 del 5 novembre 2007 ai sensi della l.r. 9/2007

lingua, religione, opinioni politiche, orientamento sessuale e da ogni altra condizione personale e sociale. La non menzione dell'identità di genere deve ritenersi frutto della volontà di includere le relative tutele sotto il fattore del genere interpretato in senso più ampio⁵⁷.

Il nuovo Statuto regionale dell'**Umbria** stabilisce all'art. 5 il principio di uguaglianza con riferimento specifico all'orientamento sessuale. Inoltre all'art. 9 afferma che "la Regione riconosce i diritti della famiglia e adotta ogni misura idonea a favorire l'adempimento dei compiti che la Costituzione le affida", precisando di tutelare "diverse forme di convivenza".

Le politiche sociali e del welfare tuttavia non sempre sono in linea con la cornice statutaria; così ad esempio la l.r. 13/2010 *Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia*, attribuisce esplicitamente un ruolo specifico alla famiglia fondata sul matrimonio, valorizzandola⁵⁸.

Lo Statuto speciale della **Sicilia** è ormai datato, ha visto la luce prima della Costituzione repubblicana, ed è stato approvato con legge costituzionale 2/1948. Non è quindi una sorpresa che la sua lettera non permetta di individuare quei richiami di principi costituzionali e a normative europee che abbondano negli statuti del Meridione continentale.

Importante in materia di welfare sono la l.r. 22/1986 e la Circolare del 18 marzo 2003⁵⁹. Dall'art. 6 *Tutela sociale della famiglia e della maternità* non sembra potersi evincere l'inclusione di realtà diverse oltre la famiglia tradizionale, tantomeno la considerazione delle convivenze, omo o etero-affettive.

Allo stesso modo la l.r. 10/2003 *Norme per la tutela e valorizzazione della famiglia* non sembra lasciare margine per le coppie o le famiglie di fatto.

La Sicilia inoltre rappresenta un esempio a favore del matrimonio, in quanto la stessa legge, all'art. 4, stabilisce una riserva pari al 20% degli alloggi da realizzare per l'assegnazione di proprietà indivisa a favore delle coppie che intendano contrarre matrimonio o che l'abbiano contratto nei tre anni precedenti⁶⁰.

La Regione **Lombardia** ignora l'orientamento sessuale e l'identità di genere nella propria legislazione. I pochi interventi che considerano esplicitamente questi fattori sono riconducibili a obblighi di esecuzione da parte delle Regioni italiane di alcune disposizioni comunitarie, come ad esempio nel caso dell'autorizzazione delle agenzie del lavoro a svolgere servizi di intermediazione, ricerca e selezione del personale⁶¹.

⁵⁷ Ippoliti C, Schuster A. DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia. UNAR, 2011

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ *che accompagna l' "Indice ragionato per la stesura del Piano di Zona- Allegato tecnico-operativo al Piano socio-sanitario della Regione Siciliana. Legge 8 novembre 2000, n. 328" dell'Assessorato degli Enti Locali della Regione Sicilia*

⁶⁰ Ippoliti C, Schuster A. DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia. UNAR, 2011

⁶¹ Ibidem

2. Buone prassi e aree di intervento

2.1 Obiettivo

Lo scopo di questo capitolo è quello di individuare buone prassi ed interventi in ambito nazionale ed internazionale volti a prevenire, contrastare o supportare atti di discriminazione o violenza nei confronti di persone LGBT e delineare quindi ambiti di competenza dell'infermiere legale forense.

2.2 Le buone prassi a livello locale

Vengono qui presentate alcune buone prassi (BP), cioè esperienze progettuali e azioni positive attivate dalle pubbliche amministrazioni a livello locale e regionale, con l'obiettivo di superare le discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere. Ho selezionato tra di esse quelle pertinenti con l'obiettivo.

2.2.1 Settore famiglie LGBT

Un'esperienza interessante è stata la produzione degli atti del tavolo tematico "sostegno alle responsabilità genitoriali" nell'ambito del Piano di Zona della Regione Sicilia 2010-2012. Interessanti soprattutto gli interventi e le attività destinati prevalentemente ai giovani omosessuali ed alle loro famiglie, nonchè alle strutture prossime agli stessi (enti pubblici, enti del terzo settore ecc.). L'assunto è che è necessario sviluppare strumenti e strategie di sostegno alle famiglie, interventi di prevenzione della violenza omofoba all'interno e fuori delle famiglie stesse, che non così raramente sottopongono ragazzi e ragazze a violenze fisiche o psicologiche, a limitazioni della libertà personale o all'espulsione dal nucleo familiare. Da quanto è emerso dal tavolo tematico, le finalità delle azioni da intraprendere dovrebbero:

- sostenere le capacità ri-organizzative dei nuclei familiari, fornendo un sostegno e una traccia di intervento quanto più possibile completa ai giovani omosessuali, ai loro genitori e a quanti altri ad essi vicini;
- agevolare da parte della famiglia d'origine l'accettazione dell'identità;
- costruire nuove competenze socio-emotive, grazie ad un approccio integrato (relazionale, culturale) attraverso l'offerta di spazi individuali e/o familiari e di gruppo;
- sostenere le forme di empowerment legate all'auspicabile mutamento di atteggiamenti, comportamenti, stati affettivi, livello di soddisfazione e autostima;
- fornire informazioni corrette in tema di orientamento sessuale ;
- formare operatori sociali e/o docenti affinché siano in grado di sensibilizzare l'opinione pubblica;

- creare un contesto che favorisca la crescita equilibrata e armoniosa dei giovani omosessuali;
- coinvolgere i soggetti omosessuali e i loro familiari e quanti sono in contatto quotidiano con loro (parenti, medici, dcenti, assistenti sociali ecc.) attraverso un portale web che fornisca supporto e informazioni, in particolare descriva il sistema territoriale circa i servizi rivolti alle persone LGBT, promuovendo il lavoro in rete;
- promuovere la co-progettazione in ambito europeo, in particolare in programmi attivati e finanziati dall'Unione Europea, anche ideati da giovani.

Tra le attività promosse, quelle di pertinenza infermieristica e dell'infermiere forense sono interventi di counselling (anche telefonico), di supporto all'auto-aiuto, consulenza giuridica, offerta di strumenti di prima informazione corretti, produzione di altro materiale informativo e per la divulgazione⁶²⁻⁶³.

2.2.2 Settore istruzione: professionalizzazione e formazione insegnanti contro la discriminazione LGBT

Una BP apprezzata e considerata replicabile, è la *creazione di una rete tesa alla professionalizzazione degli insegnanti e dei volontari delle associazioni LGBT, in merito alla conduzione di interventi di educazione formale e non formale contro la discriminazione omo/lesbi/transomofobica*. I soggetti candidati alla costituzione di tale rete sono gli istituti scolastici, gli U.S.P. (ex provveditorato agli Studi), l'Università, le associazioni LGBT, gli assessorati regionali alla formazione e i Centri Servizi Volontariato.

La proposta nasce da un'analisi che individua alcuni bisogni emersi nella conduzione degli interventi antidiscriminatori nelle ROC. Si è individuata infatti la necessità che la stessa sia formata da quei docenti e istituti scolastici che hanno già mostrato sensibilità all'argomento e che hanno già usufruito di percorsi formativi.

La professionalizzazione si persegue sia attraverso la sinergia, la condivisione di esperienze, lo scambio di buone prassi, sia attraverso la formazione orizzontale tra pari.

Gli obiettivi individuati per gli insegnanti sono stati:

- conoscenza dei bisogni formativi connessi alla condizione LGBT;
- capacità di affrontare i problemi che la popolazione LGBT può incontrare;
- *expertise* nel progettare percorsi formativi che tengano conto della specifica condizione di LGBT;

⁶² Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

⁶³ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

- *expertise* nel progettare e realizzare interventi formativi, indirizzati alla popolazione scolastica in generale, finalizzati alla diffusione di una cultura del rispetto alle differenze.

Per quanto riguarda gli operatori delle associazioni LGBT, sono invece emersi bisogni formativi diversi:

- capacità di lavorare per progetto;
- empowerment e *capacity building*⁶⁴;
- competenze in ambito gestionale-amministrativo;
- educazione non formale.

Si richiede in particolare una formazione alle conoscenze e alle abilità legate agli ambiti scolastico, sanitario e dei servizi sociali⁶⁵⁻⁶⁶.

La seconda BP individuata si indirizza al corpo docente nella sua interezza, in termini di formazione e aggiornamento professionale. Finalità dell'intervento proposto è lo sviluppo della professionalità attraverso una formazione di base in merito al rapporto con l'utenza LGBT.

Nei rapporti con gli istituti scolastici, gli operatori delle associazioni hanno riscontrato infatti una grande carenza di informazioni corrette che hanno portato all'individuazione di alcuni obiettivi minimi, tra cui:

- far sì che gli insegnanti conoscano i concetti legati all'identità sessuale e di genere, e che conoscano i temi sociali connessi alle tematiche LGBT.
- che gli stessi si dotino di strumenti socio-psico-pedagogici per la gestione del gruppo-classe, e che tali strumenti vengano distribuiti gratuitamente nelle scuole, ricalcando l'esperienza del Comune di Torino che ha provveduto all'acquisto di numerose copie de *Il libro di Tommy*, volume atto a aiutare gli insegnanti a spiegare ai bambini (e a loro stessi) l'omogenitorialità;
- che posseggano strumenti culturali per la costruzione di moduli didattici finalizzati al contrasto della discriminazione ai danni della popolazione LGBT.

2.2.3 Settore istruzione: interventi per contrastare la trans-omofobia nelle scuole

Segnaliamo qui un recente progetto realizzato in Toscana mettendo in comune le specifiche competenze ed esperienze maturate da una rete di associazioni che si occupano di formazione, sensibilizzazione e tutela con riferimento alle persone LGBT. Tali associazioni avevano da tempo

⁶⁴ *Capacity building: costruzione, rafforzamento di capacità (dizionario Treccani)*

⁶⁵ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

⁶⁶ Ippoliti C, Schuster A., *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011

messo in luce il bisogno di formazione da parte di studenti, insegnanti e famiglie sulle problematiche relative ai fenomeni bullistici motivati dall'orientamento sessuale, dell'identità e dell'espressione di genere.

La finalità principale del progetto è stata il contrasto dei fenomeni di discriminazione, bullismo e violenza trans-omofobica, puntando sull'educazione all'interno della scuola.

Rispetto alle finalità appena esposte, occorre sottolineare che la scuola è il luogo di formazione in cui i minori trascorrono la maggior parte del loro tempo, almeno fino ai 16 anni di età. Il contesto scolastico rappresenta l'ambito prioritario della promozione della cultura della differenza attraverso iniziative volte alla sensibilizzazione e al contrasto della violenza contro le persone "diverse".

Sono stati coinvolti 26 istituti scolastici distribuiti sull'intero territorio regionale, per un totale di oltre 400 ore di informazione e sensibilizzazione erogate in maniera totalmente gratuita.

Gli interventi nelle scuole sono stati organizzati secondo un'impostazione funzionale agli obiettivi progettuali, effettuando interventi presso ciascuna scuola di una durata variabile tra le 4 e le 10 ore, in moduli che coinvolgessero separatamente il corpo studentesco, quello docente e infine i genitori/famiglie.

Per i moduli dedicati agli studenti sono state utilizzate metodologie didattiche personalizzate rispetto ai target di età, contesto socio-culturale del territorio rispetto i temi affrontati, pregressi formativi sui temi in oggetto e così via, comprendendo anche metodologie attive (laboratori, role playing, testimonianze guidate etc), con una partecipazione di 30 studenti per ogni incontro.

Nell'ambito degli interventi di informazione e di sensibilizzazione nelle scuole, sono stati utilizzati alcuni materiali realizzati dalle singole associazioni nell'ambito delle proprie attività istituzionali, e eventuali altri materiali utili al raggiungimento delle finalità del progetto.

Citiamo di seguito i diversi moduli proposti agli studenti

1. Formazione del gruppo-classe, questionario e contatto con il concetto di stereotipi
2. Gli stereotipi di genere nella nostra società
3. Omofobia, transfobia e bullismo
4. Come diventare più accoglienti e sconfiggere gli stereotipi
5. Follow up e questionario finale di valutazione. Saluti e confronti.

Viene rilevata la necessità di interventi ripetuti in provincia, essendovi spesso un retroterra culturale meno aperto. Il percorso ha però anche evidenziato la maturità raggiunta da alcuni di questi giovani, e la loro capacità di aprirsi ai concetti, e soprattutto di rintracciare nella loro esperienza quotidiana quanto detto negli incontri⁶⁷.

⁶⁷ Pinzuti E, Viggiani G., *Per una scuola esclusiva. Percorsi didattici contro la violenza di genere e il bullismo omofobico*, 2014, disponibile alla URL: http://www.retelenford.it/images/Rapporto_finale_Omofobia_Transfobia_e_Bullismo.pdf

2.2.4 Settore sanitario

Durante un focus group tenutosi a Bari il 1 Maggio 2010 circa le tematiche legate alle persone LGBT, è emerso che la Toscana ha messo in atto alcune pratiche che rappresentano nel nostro paese l'avanguardia.

L'obiettivo primario del focus group è stato fornire gli strumenti per una rispettosa interazione con gli utenti LGBT.

Le proposte avanzate sono le seguenti:

1. Attuazione di servizi di informazione, consulenza e sostegno agli adolescenti per garantire il diritto all'autodeterminazione responsabile del proprio orientamento sessuale ed identità di genere.
2. Monitoraggio triennale circa l'effettiva riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi e di alcuni specifici parametri di salute.
3. Formalizzazione tra Regione, Ufficio Scolastico regionale e Direzioni consultori ali delle ASL, di un protocollo di intesa regionale che preveda corsi di formazione per il personale docente sulle tematiche relative alla salvaguardia ed al rispetto dei diversi orientamenti sessuali, e delle identità di genere in rapporto con i servizi socio-sanitari.
4. Progetti di ricerca per mezzo di questionari indirizzati ai Medici di Medicina Generale in ciascuna delle vaste aree in cui il S.S.R è organizzato, nonché ai medici ospedalieri, personale sanitario in genere e studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica, convenzioni tra le singole ASL e Associazioni LGBT sul territorio che hanno permesso di sostenere attività consultoriale e informativa.
5. Creazione di un modello formativo specifico sull'orientamento sessuale e l'identità di genere, come realizzato dalla ASL di Lucca.
6. Diritto di designare la persona deputata ad assumere le decisioni di ordine terapeutico in caso di incapacità la quale, in conseguenza della designazione, avrebbe il diritto di assistere il paziente in ogni fase della degenza.
7. Legittimazione delle coppie omogenitoriali e della madre non biologica nell'accudimento dei figli in ospedale.
8. Somministrazioni gratuite delle terapie con antiandrogeni ed estro progestinici per persone transessuali e transgender; come specificato precedentemente, questi farmaci non vengono riconosciuti perché tra le indicazioni terapeutiche non figura la disforia di genere ma, come avvenuto in Toscana, una delibera della Giunta regionale potrebbe essere sufficiente per risolvere la questione⁶⁸.

⁶⁸ Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013

2.3 Linee guida per l'accoglienza in caso di violenza

Nonostante una ricerca approfondita, non ho reperito alcuna linea guida specifica in merito. Nelle linee guida della Regione Piemonte circa la violenza contro le donne viene specificato che "è violenza contro le donne anche quella contro le donne transgender e transessuali" ed inoltre che "è violenza contro le donne anche quella commessa da una donna contro un'altra donna", come ad esempio soprusi perpetuati all'interno di una relazione di coppia omosessuale⁶⁹.

Nessuna affermazione simile è stata riscontrata in altre linee guida regionali, così come altri riferimenti a soggetti gay o a individui transessuali e transgender, questi ultimi statisticamente più soggetti a diversi tipo di violenza.

Sempre in Piemonte vengono segnalati servizi specifici per l'accoglienza, l'ascolto, l'informazione e la consulenza legale per le donne vittime di violenza. Quasi tutti i centri dichiarano tra i servizi offerti un orientamento verso i servizi più specifici esistenti sul territorio. La Linea guida indica che a Torino vengono dispensati servizi speciali per donne lesbiche e transessuali attraverso la linea di ascolto presso Circolo di cultura gay, lesbica, bisessuale e transgender Maurice⁷⁰.

Confrontando gli interventi indicati con quelli proposti da altre linee guida regionali, tra le quali citiamo qui quelle dell'Emilia Romagna non si sono trovate sostanziali differenze, anche se, al contrario del Piemonte, non si esplicita alcuna estensione, nemmeno alle donne lesbiche⁷¹.

In realtà, analizzando gli interventi, e partendo dall'assunto che la violenza alle persone LGTB può essere considerata come un'estensione della violenza di genere, ritengo sia possibile generalizzare l'applicazione delle linee guida anche alla popolazione oggetto della nostra ricerca.

Nei documenti sono definite le linee guida di accesso e accoglienza allo scopo di offrire alle vittime di violenza, al momento dei primi contatti con i servizi e/o gli operatori della rete, uno standard adeguato di risposta, che sia condiviso e garantito in tutto il territorio regionale. Riassumiamo di seguito le indicazioni tratte dai due documenti presi in considerazione nello specifico.

a. Organizzazione dell'accoglienza della persona vittima di violenza

La persona deve prendere coscienza della situazione di abuso e maltrattamento in cui si trova, non deve isolarsi, ma dovrebbe coinvolgere le persone vicine e mettersi in contatto con persone competenti. È necessario quindi individuare a livello territoriale équipe di professionisti referenti.

Il personale del Pronto Soccorso o altro servizio ospedaliero non ha l'obbligo di informare l'autorità giudiziaria tranne in casi particolari quali lesioni con prognosi superiore a 20 giorni, lesioni con arma da fuoco e da taglio ed in presenza di reati procedibili di ufficio.

⁶⁹ *Violenza contro le donne: i servizi in Piemonte*. Assessorato alle Pari Opportunità della Regione Piemonte, disponibile online alla URL: http://www.regione.piemonte.it/comunicaregione/1009/pdf/folder_servizi_nov.pdf

⁷⁰ www.contattogltb.it

⁷¹ *Violenza di genere. Linee di indirizzo regionali per le donne vittime della violenza*, disponibile online alla URL: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it>

È un diritto della persona chiedere all'infermiere dell'accettazione di poter avere un colloquio in forma privata.

È importante rilasciare alla persona un referto, utile nel caso decidesse di sporgere denuncia. In caso di violenza sessuale vi sono 6 mesi di tempo dal momento in cui è avvenuto il fatto per presentare querela ai Carabinieri, alla Polizia o agli Uffici Giudiziari del Tribunale; 3 mesi per tutti gli altri reati.

La persona può far allontanare il convivente maltrattante.

La donna deve conoscere i servizi a cui rivolgersi in caso di emergenza (Pronto Soccorso/118, Polizia, Carabinieri). Vengono citati nello specifico anche i centri antiviolenza per le donne.

Rendere note a priori le porte di accesso territoriali e le modalità di attivazione della rete di accoglienza attraverso un'ampia informazione attività specifica alla cittadinanza.

b. Azioni e funzioni specifiche dell'attività di accoglienza

Garantire un primo colloquio, avendo a disposizione uno spazio protetto (stanza o box) in modo di garantire la riservatezza.

Fare in modo che gli accompagnatori non interferiscano con la libertà di espressione della persona che ha subito violenza, e che quindi rimangano negli spazi d'attesa, salvaguardare la privacy.

Utilizzare una buona comunicazione e un linguaggio semplice, attivando un ascolto e un approccio non giudicante ed empatico. E' fondamentale la consapevolezza da parte dei professionisti coinvolti della delicatezza di questo momento, anche per stabilire con la vittima una rapporto basato sulla fiducia, che favorisca il passaggio alla fase successiva della presa in carico.

È necessario quindi la presentazione e l'esplicitazione delle funzioni e delle competenze del professionista e del servizio e l'anticipazione degli interventi che si possono e si devono realizzare e le loro motivazioni.

Attivare, ove necessario, mediatori culturali e linguistici.

Il primo colloquio di accoglienza dovrà mirare a rilevare, anche con l'uso di domande ed indicatori specifici la violenza subita e i rischi immediati, nonché un'eventuale situazione di limitazione della libertà personale a cui la vittima potrebbe essere sottoposta.

Effettuare una prima ricognizione e valutazione delle risorse proprie, delle reti amicali e parentali, e/o delle risorse istituzionali per la vittima immediatamente protettive (es accordi territoriali per l'accoglienza residenziale nel caso in cui la vittima richieda un'ospitalità immediata)⁷²⁻⁷³.

⁷² *Violenza contro le donne: i servizi in Piemonte*. Assessorato alle Pari Opportunità della Regione Piemonte, disponibile online alla URL: http://www.regione.piemonte.it/comunicaregione/1009/pdf/folder_servizi_nov.pdf

⁷³ *Violenza di genere. Linee di indirizzo regionali per le donne vittime della violenza*, disponibile online alla URL: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it>

3. Approfondimento: una revisione della letteratura internazionale

3.1 Materiali e metodi

La ricerca è stata effettuata attraverso la consultazione delle banche dati Mediline-Pubmed e Cochrane e delle banche dati di linee guida quali la National Guideline Clearinghouse, con il limite temporale di 10 anni.

Parole chiave utilizzate: "Homosexuality", "Transgendered persons", "Transsexualism", "Violence", "Social discrimination", "Forensic nursing", "legislation and jurisprudence".

Sono stati consultati articoli e linee guida in lingua inglese o italiana, con esclusione della letteratura grigia.

Tabella 2. STRATEGIE DI RICERCA			
Banche dati	Strategie di ricerca	Limiti	Citaz.
Pub Med	("LGBT" OR "homosexuality" OR "transsexualism" OR "transgender") AND "Violence" AND "Nursing"	10 anni	14
Pub Med	"Transgendered Persons/legislation and jurisprudence"[Mesh]	10 anni	11
Pub Med	("Transsexualism"[Mesh]) AND "legislation and jurisprudence" [Subheading]	10 anni	47

Non è stato reperito materiale utile in nessuna delle altre fonti prese in considerazione.

3.2 Risultati

Flow chart della ricerca

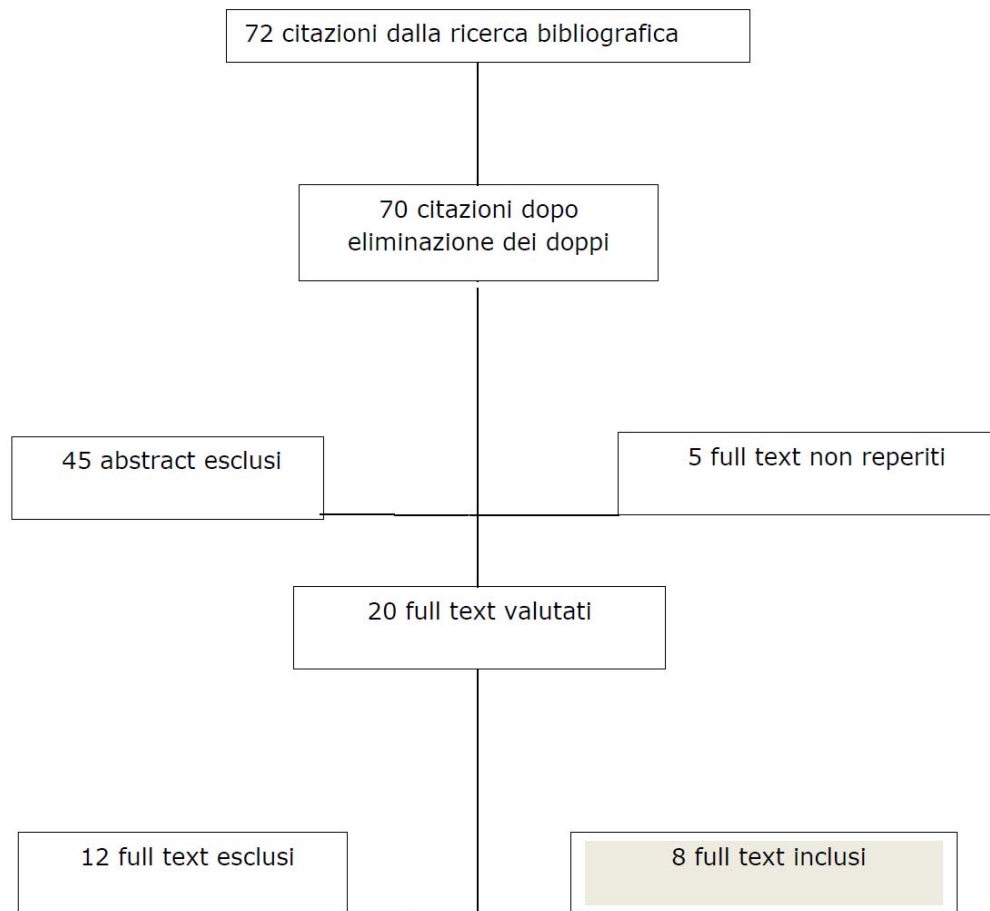


Tabella 3. DESCRIZIONE DEGLI ARTICOLI		
N	Articolo/Fonte	Descrizione
1	Glezer A, McNiel DE, Binder R. Transgendered and incarcerated: a review of the literature, current policies and laws, and ethics. J Am Acad Psychiatry Law 41:551-9, 2013 Pub Med	L'articolo focalizza l'attenzione sui diversi problemi delle persone transessuali e transgender incarcerate, tra cui la disponibilità di diagnosi e trattamento, sicurezza e gestione della locazione in carcere, difficoltà associate al convivere con un membro del sesso opposto in prigione. Per quanto riguarda il trattamento, benché siano state sviluppate diverse Linee Guida dalle maggiori organizzazioni dei professionisti sanitari che si occupano di GID, le azioni politiche a riguardo negli istituti di correzione sono variabili da stato a stato sia a livello internazionale, sia a livello federale. Tra le diverse giurisdizioni si riscontra una notevole variabilità su chi classificare come transgender e su come alloggiare questi individui. Alcune indagini svolte presso istituti penitenziari dalla fine degli anni '90 a circa 10 anni orsono condotte in Nord America, Europa e Australia indicano che la maggioranza degli istituti non iniziava il trattamento in carcere, e più della metà non lo somministrava nemmeno se era già iniziato fuori dal carcere; nella maggior parte dei casi non era permesso il riassetto chirurgico durante la

		detenzione. In una survey del 1996 inoltre, la maggior parte degli intervistati non percepiva le persone transgender più a rischio di abusi sessuali rispetto alla popolazione generale. Una ragione addotta circa l'esclusione della terapia ormonale è quella di prevenire gli abusi sessuali. Circa l'appropriata sistemazione logistica, direttamente collegata alla sicurezza, l'articolo cita casi di MtF sistemate in segregazione o insieme a maschi e percosse e stuprate, e di FtM sistemati con femmine e poi in carceri femminili segregati, hanno portato a sequele legali in quanto gli stessi vedevano violati i loro diritti e la loro dignità umana. In generale questo pare un problema per molti aspetti ancora irrisolto.
2	Simopoulos EF, Khin Khin E. Fundamental principles inherent in the comprehensive care in transgender inmates J Am Acad Psychiatry Law 42:26-36, 2014 Pub Med	L'articolo propone approcci standardizzati per quanto riguarda la sicurezza, la sistemazione logistica e cure mediche e psichiatriche dei carcerati transgender (e transessuali). In riferimento alla locazione, normalmente nelle carceri viene assegnato un posto in conformità al genere alla nascita. Alcuni carceri hanno iniziato la politica, secondo loro favorevole ai trans, di collocarli in base al sesso dopo la rassegnazione chirurgica o per lo meno al sesso "apparente) In entrambi i casi vi è il problema dell'aumentato rischio di violenza con conseguenti abusi sessuali. Viene poi indicata l'opportunità talvolta utilizzata della segregazione, definendola in ogni caso una violazione dei diritti umani. Per quanto riguarda il trattamento medico, si sottolinea che la Corte d'Appello degli Stati Uniti in un processo (<i>Meriwether contro Faulkner, 1987</i>) ha definitivamente riconosciuto il transessualismo come un problema medico e psicologico molto complesso, con un serio bisogno di trattamento. E' stata fatta però la distinzione che comunque il transessuale non ha diritto a "particolari tipi di trattamento, come la terapia ormonale". Quindi in diverse sentenze gli imputati, detenuti, si erano visti negare la terapia ormonale, anche se l'aveva iniziata tempo prima di essere incarcerato. Diverse Corti degli Stati Uniti successivamente si sono pronunciate a favore della prosecuzione della terapia ormonale se l'assunzione era iniziata prima dell'incarcerazione, ma l'hanno rifiutata a coloro che intendevano iniziarla per la prima volta in carcere. Il trattamento chirurgico in carcere storicamente è stato negato, anche se alcune sentenze si sono pronunciate a favore. Un altro problema, che si presenta anche in luoghi più usuali del carcere, è come chiamare la persona. Non esistono linee guida condivise, la maggior parte delle volte si utilizza per i trans il nome alla nascita, invece del nome adottato successivamente. Si segnala nell'articolo l'importanza che le perquisizioni avvengano da un ufficiale del genere di arrivo, in quanto generalmente le persone MtF vengono perquisiti da uomini e FtM da donne, provocando in loro sconcerto e stress. L'articolo raccomanda quindi di ricercare un approccio standardizzato, non solo per rispettare i diritti dei trans carcerati per quanto concerne le cure mediche, ma anche per fornire loro

		l'opportunità che i loro bisogni vengano continuamente rilevati e discussi. Questo approccio prevede la partecipazione degli stakeholders, come gli agenti carcerari, i detenuti, i servizi sanitari e gli avvocati, fornendo una serie di obiettivi chiari per ogni fase della detenzione.
3	Gonzales-Guarda R, De Santis JP, Vasquez EP. Sexual orientation and demographic, cultural and psychological factors associated with the perpetration and victimization of intimate partner violence among Hispanic men. Issues Ment Health Nurs, 34(2):103-109;2013 Pub Med	La violenza intima nei confronti del partner (IPV) è riscontrata anche in coppie omosessuali; negli USA il 28,8% degli uomini ha riportato di essere stato almeno una volta vittima di violenza da parte del partner durante la vita, comprendendo in particolare una più alta percentuale di gay rispetto a uomini eterosessuali. La IPV (intimate partner violence) include violenza fisica, psicologica e sessuale, ed in più controllo, coercizione ed isolamento dalla famiglia e dai sistemi di supporto. Presenta elevata morbilità e mortalità. Gli uomini che subiscono violenza intima possono avere diverse conseguenze, tra cui lesioni, patologie croniche, abuso di alcool, sintomi depressivi, malessere generalizzato. La prevenzione deve considerare i bisogni dell'uomo, sia come vittima che come persecutore. Lo studio con approccio quali-quantitativo, ha previsto una ricerca sui fattori associati, ed inoltre uno studio trasversale, attraverso un questionario standardizzato (format intervista), su un campione di 160 uomini ispanici (80 etero, 80 gay). Si valutava la perpetrazione e la vittimizzazione IPV, ed in che modo fattori demografici e culturali vi fossero correlati. La ricerca è stata effettuata in uomini ispanici residenti negli Stati Uniti, in quanto le statistiche indicano che gli ispanici sono soggetti a IPV 2,5 volte di più rispetto ai non ispanici non di colore. I risultati indicano una uguale proporzione di IPV tra etero e omosessuali (sia come vittime che come perseguitatori). Si riscontra però un aumento di probabilità se si analizzano i partecipanti bisessuali, incrementato sia per quanto riguarda la vittimizzazione che per quanto riguarda la perpetrazione. E' stata riscontrata correlazione di IPV con educazione e reddito e una significativa correlazione con autostima. Attraverso il modello di regressione si è confermato che non esistono differenze tra i due gruppi, omosessuali vs eterosessuali) Precedenti ricerche potevano aver riscontrato un più alto livello di IPV in maschi omosessuali piuttosto che in eterosessuali in quanto non era stata fatta una differenziazione tra omosessuali e bisessuali. In questo studio gli omosessuali e i bisessuali sono stati suddivisi in due categorie, e sono state riscontrate differenze significative sia per quanto riguarda la vittimizzazione che per la perpetrazione di IPV. La maggior vulnerabilità all'IPV può essere dovuta ad uno stigma sociale secondo il quale la bisessualità è una fase di transizione o una patologia, piuttosto che un orientamento sessuale lecito. Da un focus group condotto risultava che la discriminazione è un potenziale fattore di rischio, soprattutto per quanto riguarda la perpetrazione. Ad esempio in questo studio si associa "gay" ad "ispanico", quindi oltre ad una discriminazione sessuale, si aggiunge quella etnica, ancora più accentuata nei bisessuali rispetto agli

		omosessuali, in quanto la categoria di bisessuale viene vissuta come una minoranza. Lo studio presenta alcuni limiti. Innanzitutto, trattandosi di uno studio trasversale, non possono essere stabilite relazioni causa-effetto; in secondo luogo i dati sono stati raccolti su un solo membro della coppia. Non è possibile sapere quindi se si sarebbero trovate delle differenze qualora si fossero raccolti i dati su entrambi i partner. Per ultimo il campione, di numerosità relativamente piccola e di convenienza, costituito da uomini ispanici residenti nel South Florida, limita la generalizzabilità dei risultati. Lo studio suggerisce di implementare strategie per fornire competenze ai professionisti di salute mentale che li mettano in grado di sviluppare servizi maggiormente appropriati dal punto di vista culturale per le vittime ed i perpetratori identificati come bisessuali. [...]I servizi socio-sanitari dovrebbero effettuare regolarmente screening per IPV in popolazioni a rischio, e sviluppare protocolli per affrontare sia vittimizzazione che perpetrazione in modo appropriato.
4	Oliffe J, Han C, S.ta Maria E, Howard T, Stewart DE, McMillan H. Gay man and intimate partner violence: a gender analysis. Sociol Health Illn 36:564-79; 2014 Pub Med	Nonostante l'IPV sia un problema prevalentemente femminile all'interno di coppie eterosessuali, spesso si riscontrano maschi vittime di IPV, e spesso all'interno di coppie omosessuali. Questo studio qualitativo si propone di esplorare le correlazioni tra mascolinità e IPV tra uomini gay e di far luce su aspetti sotto studiati della salute dei gay. la ricerca riporta che la maggior parte degli uomini gay non solo ritiene la violenza come componente normale della vita di coppia, ma anche ritiene normali ingiurie mentali e fisiche come parte integrante dell'essere uomo (forza fisica, potere e virilità). Di conseguenza di ciò, gli uomini intervistati frequentemente normalizzavano o celavano la IPV come parte dell'uomo e della relazione tra uomini, nascondendo l'esperienza violenta con stoicismo (mascolino). Sono descritte situazioni di IPV unilaterale, ma anche bidirezionale. Viene evidenziato che i perpetratori di norma non praticavano violenza per dimostrare la loro egemonia, ma soprattutto perché lo ritenevano una componente normale dell'essere uomini. Le persone dichiarano di essere restii a rivolgersi ai servizi di supporto dopo aver subito la violenza. Tra le barriere ai mancati accessi ai servizi per le violenze domestiche, in questo studio viene identificata la percezione che gli stessi servizi siano una peculiarità della donna. E' necessario: 1) potenziare i servizi dei gay vittime di IPV, e ad esempio rendere pubblico che la violenza intima nelle coppie gay esiste; 2) ricercare specifiche strategie di comunicazione per portare aiuto alle coppie gay; 3) nel contesto dei servizi sanitari, potrebbe essere utile un intervento di coaching circa la sicurezza all'interno della relazione, in riferimento a problemi psicologici e fisici, oppure alla salute sessuale; 4) viene inoltre suggerito come intervento potenzialmente efficace l'inserimento in gruppi di supporto con altri uomini gay.
5	Patzel B.	Gli abusi che intervengono tra partner dello stesso sesso hanno diverse similitudini con quelli tra eterosessuali, ma anche alcune peculiarità.

	Lesbian partner abuse: differences from heterosexual victims of abuse. A review from the literature. Kans Nurse 80(9):7-8; 2005 Pub Med	Tra queste ultime, quelle che hanno particolare impatto sulle coppie lesbiche sono l'omofobia, l'emarginazione, gli abusi reciproci e la mancanza di supporto. Omofobia Nel contesto di una relazione lesbica, l'omofobia è un meccanismo sia sociale che interiore. Può essere una modalità per infliggere abusi emotivi. Ad esempio condividere l'orientamento sessuale della propria partner con chi lei non vorrebbe sapesse (familiari, colleghi, padrone di casa...). Inoltre i partners dello stesso sesso possono aver sviluppato una sorta di <i>omofobia interiorizzata</i>. Questa può contribuire a far sì che la vittima pensi che sia giusto essere puniti in quanto lesbiche (e quindi al di fuori di quello che gli schemi sociali ritengono corretto). Unione L'unione (o fusione) è caratterizzata dalla perdita del senso di sé come individuo singolo. Le donne socializzano attraverso alti livelli di empatia, capacità di comunicazione, con una consapevolezza di ciò che gli altri potrebbero volere o avere bisogno, con la difficoltà di essere separati ed emozionalmente distanti dal proprio partner. Nelle relazioni lesbiche queste tendenze non possono essere bilanciate da comportamenti e comportamenti tipici di un partner del genere opposto. Abusi reciproci Questo è un fattore tipico delle coppie lesbiche. In uno studio del 1992 effettuato su 100 lesbiche, venne rilevato che il 78% delle partecipanti dichiarava di essersi difesa dopo aver ricevuto abusi, ed il 18 % descriveva il proprio comportamento come una specie di combattimento. Lo studio sottolinea l'importanza di discriminare tra l'iniziare un atto di violenza, e il reagire allo stesso per autodifesa. Un altro studio del 1991 riporta che il 30% del campione di lesbiche dichiarava di aver usato la violenza come auto-difesa, ma che il 39,4% descriveva la propria relazione come mutualmente aggressiva. Mancanza di supporto Le strutture formali per donne vittime di violenza non vengono percepiti come sensibili nei confronti delle coppie lesbiche. I servizi tradizionali non vengono considerato in grado di offrire dei benefici anche perché eterosessismo ed omofobia potevano essere presenti tra i membri dello staff. E' da prendere in considerazione anche la mancanza di sostegno da parte della comunità lesbica, legata al bisogno di mantenere con orgoglio la credenza che le coppie di donne hanno una capacità superiore nel mantenere rapporti paritari, senza i problemi che affliggono le coppie eterosessuali.
6	Green R. Transsexual legal rights in the Unites States and United Kingdom:	Incrementando il numero di persone con problemi di identità di genere, si è reso necessario attuare delle politiche per fare in modo che questa minoranza ricevesse appropriata assistenza medica, supporto legale e sociale, grazie soprattutto a gruppi di azione politica in favore delle persone transessuali e trans gender. L'articolo confronta le realtà del Regno Unito e degli Stati Uniti.

	employment, medical treatment, and civil status. Arch Sex Behav, 39:153-160; 2010 Pub Med	Il focus è posto su tre aree di rilevanza particolare per i transgender: tutela del lavoro, cure mediche e cambio di stato civile a maschio o femmina con implicazioni nel diritto di famiglia. Noi abbiamo estrapolato solo le notizie utili per il nostro problema di ricerca. <i>Cambio nome rispetto il certificato di nascita</i> Attualmente in UK è permesso il cambio di sesso sul certificato di nascita con quello del genere di arrivo. Può essere concesso anche se non è stato effettuato l'intervento chirurgico. Negli USA invece bisogna far conto con le giurisdizioni di 50 stati e del Distretto Federale della Colombia. E' ovvio quindi che non ci sia uniformità legislativa. Più della metà degli stati e i Distretto di Colombia producono un nuovo certificato di nascita; circa 20 possono effettuare una correzione sul certificato esistente, mentre Idaho e Ohio non producono nulla. <i>Servizi sanitari</i> UK ha un Sistema Sanitario Nazionale, che è comunque può essere variabile tra le diverse regioni. Se dalla metà degli anni '90 la maggior parte delle autorità sanitarie dispensava trattamenti psichiatrici, endocrini e chirurgici ai transessuali, nel North West Lancashire tutto ciò veniva negato. Dopo alcuni ricorsi, la Corte stabiliva che la GID può essere considerato l'unico disordine psichiatrico curabile attraverso trattamenti medici e chirurgici. La disforia viene eliminata attraverso la procedura di rassegnazione del sesso. In seguito a ciò le autorità sanitarie asserirono che i trattamenti potevano essere dispensati se alla GID è associato un atro problema psichiatrico, come ad esempio la depressione. Ancora venne iniziato un contenzioso, in quanto si sosteneva che i transessuali venivano sfavoriti nella possibilità di ricevere un trattamento adeguato. La corte si pronunciò a favore dei transessuali, ma la problematica è tuttora irrisolta. Gli USA non hanno invece un Sistema Sanitario Nazionale. La sanità si basa sulle assicurazioni private, e spesso non è prevista la copertura per i tipici problemi sanitari dei transessuali, nonostante il fatto che, essendo la GID una condizione prevista dal DSM, potrebbe essere verosimilmente prevista la copertura delle spese psicologiche, mediche e chirurgiche. <i>Carceri</i> In UK vi è la propensione a continuare il trattamento ormonale a coloro che l'avevano iniziato prima della detenzione, anche se vi sono stati casi di diniego della stessa. Dal 2000 parrebbe legale anche il cambio di sesso in carcere. In USA, la politica del Federal Bureau of Prisons è quella di continuare il trattamento se iniziato precedentemente, anche se la questione presenta ancora diverse controversie e vi siano state parecchie negazioni del trattamento in diversi stati, anche se il fatto è contestato come anticostituzionale.
7	Weisz V. Social justice considerations for lesbian and bisexual women's health care	Difficilmente le varie definizioni concernenti l'identità sessuale ed i comportamenti connessi sono comprese dai professionisti sanitari, e questa è una potenziale barriera per conoscere i bisogni delle donne lesbiche e bisessuali. Viene riscontrato che esse sottoutilizzano i servizi di assistenza

	JOGNN 38:81-87;2009 Pub Med	sanitaria o vi si presentano più tardi rispetto alle donne eterosessuali. Per quanto riguarda i bisogni di assistenza, alcuni sono trasversali alle donne eterosessuali, altri sono specifici, ma i secondi spesso non sono riconosciuti o capiti. La mancanza di copertura assicurativa, ed una storia di interazioni negative con i fornitori di assistenza sono i fattori più frequentemente correlati a questo aspetto. Molte lesbiche non rivelano la loro identità sessuale ai professionisti sanitari a causa di precedenti esperienze negative che avevano portato a prestazioni scadenti. Scambi inappropriati e negativi con gli operatori sanitari includono episodi di ostilità, sessismo e commenti avvilenti. Questo comportamento riflette quello della popolazione generale, anche se alcuni autori segnalano che anche se gli Americani sono diventati in linea di massima più tolleranti circa gli omosessuali, esiste ancora una continua opposizione ai diritti di questi gruppi. In uno studio le donne lesbiche dichiarano di far più ricorso alla medicina complementare rispetto alla tradizionale, in quanto nell'ambiente convenzionale percepiscono una maggiore discriminazione. Per quanto riguarda le patologie, le lesbiche sono a rischio per le malattie infettive sessualmente trasmesse, da altre donne, ma anche, dato che alcune donne hanno avuto un trascorso con partner di sesso maschile, anche da persone di altro sesso. Infatti il rischio diminuisce nelle donne che hanno solo rapporti con altre donne, anche se ad esempio infezioni che si suole pensare solo collegate ai rapporti eterosessuali (papilloma virus, Herpes virus, Epatite B) possono invece essere trasmesse da donna a donna. Altri problemi di salute delle donne lesbiche sono quelli collegati agli abusi (uso di droghe, alcool e fumo), spesso come conseguenza di un loro malessere psicologico. Infatti l'abuso di sostanze in donne lesbiche e bisessuali è vissuto come una strategia di coping per il distress psicologico associato allo stigma e alla discriminazione. Talvolta diviene anche una norma sociale nelle comunità lesbiche e bisessuali. La nulliparità potrebbe anche portare ad aumentato rischio di cancro alla mammella. Oltre alla possibilità di IPV (con un'incidenza analoga a quella delle donne eterosessuali), legata agli abusi vi è anche un aumentato rischio di suicidio. Gli infermieri, per la natura intima del loro contatto con i singoli, le famiglie e la comunità che soffrono a causa di discriminazione e stigma, sono in una posizione privilegiata per poter portare un cambiamento. Gli infermieri hanno il potenziale di supportare le donne lesbiche e bisessuali per sentirsi più sicure, e per porre termine alla discriminazione e nella fattispecie a scadenti trattamenti sanitari.
8	Minter SP. Supporting transgender children: new legal, social and medical approaches. J Homosex	L'autrice, un avvocato per bambini ed adolescenti transgender, evidenzia alcuni aspetti legati al supporto di questi giovani, da cui estrapiamo quelli utili per la nostra ricerca. <i>Discriminazione e bullismo nelle scuole</i> Durante l'ultima decade, alcuni Stati degli USA hanno attuato politiche che contemplassero la protezione legale dei giovani trans nelle scuole, le quali li proteggessero da discriminazione e bullismo.

	59;422-33;2012 Pub Med	Inoltre alcune distretti scolastici hanno adottato la politica di usare un appropriato nome e pronomi per gli studenti transgender, permettendo anche loro di utilizzare un abbigliamento coerente con la loro identità di genere e collocarli in zone basate sempre sull'identità di genere. Accesso alle attività sportive Nel 2008 la Washington Association of High Schools adottò la prima politica nazionale per gli atleti transgender, accogliendoli e permettendo loro di giocare in squadre corrispondenti al genere in cui si identificano. Nel 2009 il National Center of Lesbian Rights e la Women's Sports Foundation, con la partecipazione del National Collegiate Athletic Association (NCAA), ospitarono un gruppo di esperti (tra cui amministratori, allenatori, esperti in legge) a cui fece seguito la pubblicazione delle prime linee guida nazionali per l'inclusione degli atleti transgender nei team delle scuole superiori e dei college. Nel 2011 la NCAA adottò una politica ufficiale basata su di esse. La Transgender Law & Policy Institute (2009), ha emesso delle raccomandazioni simili per includere i bambini transgender negli sport ricreativi. Assistenza sanitaria In seguito al crescente supporto sociale e legale, i giovani transessuali sono portati a rivelare la loro identità precocemente, ed è cresciuta enormemente la domanda di supporto da parte di professionisti della salute mentale. In risposta a ciò, un certo numero di ospedali infantili hanno creato o allargato programmi per bambini e giovani transgender. Inoltre anche medici privati extraospedalieri hanno trattato un numero crescente di transgender bambini e adolescenti. Per quanto riguarda il contributo in letteratura, esiste un considerevole numero di pubblicazioni su cui reperire un tipo di assistenza appropriata per i giovani transgender. Vengono poi discussi argomenti che esulano dal nostro ambito di competenze, anche se di particolare interesse, tra cui: - necessità di transizione sociale precoce - soppressione della pubertà (prevenire la formazione dei caratteri sessuali secondari può risparmiare ai giovani l'impatto della crescita del seno per le MtF, o i peli e la barba nei FtM).
--	---	---

Discussione

Considerando sia la letteratura internazionale che quella nazionale, appare chiaro che uno dei problemi principali è il gap legislativo. Come in molti altri Stati, anche oltreoceano, in Italia si riscontra una disomogeneità normativa tra le diverse Regioni. Una maggior sensibilizzazione da parte di quelle che finora hanno dimostrato una certa estraneità al fenomeno, potrebbe rendere possibile la replicazione delle buone prassi intraprese a livello locale da altre Regioni, come ad

esempio la Toscana. In ogni caso il processo potrebbe essere facilitato da una legge nazionale ad hoc, finora inesistente.

Questo obiettivo non è da considerare irraggiungibile in quanto paradossalmente paesi molto conservatori (come il Belgio), o con antiche radici cattoliche (citiamo sempre il Belgio, ma anche la Spagna), sono finalmente arrivati a legiferare a favore delle persone LGBT con normative all'avanguardia⁷⁴.

È necessario che l'infermiere forense, per poter prestare una consulenza di qualità, sia a conoscenza nello specifico dei diritti che la legislazione nazionale, ma soprattutto locale, offre alle persone LGBT.

In linea di massima le informazioni ottenute fanno pensare che sia preferibile un approccio di tipo proattivo, per cui legato alla prevenzione, visto che è stato sottolineato più volte che molti problemi nei diversi contesti spesso nascono e si alimentano a causa di scarsa informazione e scarsa sensibilizzazione.

Questo anche a partire da concetti semplici, che però la maggior parte delle persone non conoscono, come ad esempio i termini, la differenza tra un transessuale e un transgender, e con che articolo ("il" trans o "la" trans?) bisogna chiamarli.

L'infermiere forense può essere quindi coinvolto in diversi tipi di attività, dalle campagne informative a comunità, a progetti a gruppi specifici di persone, come ad esempio progetto precedentemente descritto per contrastare il bullismo e la trans-omofobia nelle scuole, fino a programmi di sostegno oltre che alle persone LGBT, anche ai loro familiari.

In relazione al contesto familiare, è necessario un supporto ai genitori, che dopo il coming-out del figlio, perdono in maniera drammatica il loro equilibrio; è importante però anche un aiuto precoce ai giovani LGBT, che spesso sono spaventati dalle loro sensazioni. Molte volte ragazzi gay e lesbiche si colpevolizzano, fino a sviluppare una "omofobia interiorizzata", che è uno dei fattori di rischio della violenza intima all'interno di coppie omosessuali.

L'omofobia (inclusa l'omofobia interiorizzata), è alimentata dal fatto che socialmente e culturalmente è inevitabile che ognuno di noi sia immerso in elementi eterosessisti, e non sia informato circa le persone LGBT.

Gli individui, fin dall'infanzia, passano buona parte del loro tempo a scuola, ma nei curriculum scolastici di qualsiasi livello di solito si nega l'esistenza della problematica (peraltro sempre esistita e presente in culture del passato, e caratteristica di personaggi storici o della letteratura che a scuola vengono studiati).

Sempre in relazione al contesto scuola, la discriminazione maggiore è a discapito di transessuali e transgender, dato che la loro "diversità" è più evidente. Proprio per questo è necessario far sì che alcuni diritti vengano loro concessi già a partire dall'ambiente scolastico: utilizzare un nome e un abbigliamento consono con il genere di arrivo, avere accesso alle attività sportive, gareggiare e essere in squadra con studenti con la loro stessa identità sessuale (MtF insieme alle femmine e

⁷⁴ Eckhout B, Paternotte D., *A paradise for LGBT rights? The paradox of Belgium*. J Homosex 58:1058-84, 2011

viceversa). La letteratura ci segnala di utilizzare lo stesso criterio anche per la collocazione logistica, ma questo come sottolineeremo in seguito, pare un problema ancora irrisolto.

Dato che in ambito sanitario viene segnalata la percezione di un'assistenza scadente a causa di trans-omofobia e sessismo, forse sarebbe opportuno sensibilizzare i professionisti sanitari a monte, già a partire dai programmi universitari. Tra le iniziative segnaliamo quella proposta presso il Corso di Laurea in Infermieristica di Tortona (Università del Piemonte Orientale)⁷⁵ durante l'anno accademico 2013-2014, con l'evento dal nome "Pietre"⁷⁶. Gli studenti dei tre anni di corso, sotto la guida dei tutor pedagogici, hanno partecipato ad un laboratorio sul tema discriminazione (veniva chiesto loro di disegnare o di scrivere un brano); in seguito hanno assistito ad una rappresentazione teatrale su diversità/discriminazione in ambito sanitario, tra cui anche la problematica LGBT. Al termine alcuni studenti hanno partecipato direttamente, come una sorta di role playing. La partecipazione di un infermiere forense a iniziative del genere potrebbe essere importante per un cambiamento, attraverso la sensibilizzazione degli studenti circa i diritti delle persone LGBT e la conoscenza dei loro bisogni specifici.

La discriminazione sanitaria assume carattere drammatico in luoghi come le carceri, ed ancora una volta maggiormente per la popolazione trans. Ricordiamo ad esempio la ricorrente negazione della terapia ormonale ai trans detenuti, che solo in parte viola un diritto, perché a causa di un bias legale, non viene dispensata a questa categoria dal SSN, in quanto la transessualità non rappresenta un'indicazione al farmaco.

Una problematica già citata e in parte irrisolta è quella della collocazione logistica delle persone trans in comunità, comune ad esempio per i collegi, gli ospedali e i carceri. Anche se le indicazioni consiglierebbero di collocare le persone secondo il genere di arrivo (MtF con le femmine, FtM con maschi), dato che tutte le altre soluzioni considerate parrebbero una violazione della libertà personale, questo potrebbe essere di turbamento per gli altri (carcerati, degenti, collegiali), ma soprattutto, in particolare nell'ambiente carcerario, ma anche scolastico, porterebbero ad un aumentato rischio di violenza contro la persona trans.

Per quanto riguarda l'approccio da utilizzare in caso di violenza non è stata trovata nessuna linea guida dedicata (nemmeno nella letteratura internazionale), ma come discusso precedentemente gli interventi sono praticamente trasversali rispetto a quelli per la violenza di genere dedicati alle donne, anche se questi potrebbero essere rivisti ad hoc, specificando, come solo in parte viene fatto sulle linee guida piemontesi, che possono essere estese anche alle persone LGBT, ed in che misura.

Bisogna tenere conto che potrebbero afferire ai centri di accoglienza sia uomini che donne, omo o bisessuali, che hanno subito violenza da un partner dello stesso sesso, dato che la violenza all'interno della coppia omosessuale ha la stessa frequenza degli eterosessuali, mentre è ancora maggiore nei bisessuali, o anche da persone estranee, e di sesso opposto. Inoltre la violenza nei confronti delle persone trans, assume connotazioni spesso ancora più drammatiche, e la violenza

⁷⁵ www.med.unipmn.it/edu/corsi/ps/infermieristica

⁷⁶ *dal titolo di una vecchia canzone di Antoine*

fisica può arrivare fino a vere e proprie mutilazioni. Per questo i professionisti deputati all'accoglienza, dovrebbero essere competenti, informati, ma soprattutto non giudicanti.

È importante fornire dei riferimenti di centri di accoglienza, dato che (sempre con l'eccezione della linea guida del Piemonte) vengono citati solo quelli specifici per le donne. Inoltre alcune indicazioni dovrebbero essere verificate attraverso una più approfondita ricerca. Mi riferisco ad esempio all'indicazione dell'approccio iniziale, che nelle linee guida viene raccomandato essere da personale di sesso femminile. Anche se questo in linea di massima potrebbe essere valido anche per le persone LGBT, bisognerebbe verificarne il razionale in tutte le fattispecie.

Ritengo che la presenza di un infermiere forense opportunamente formato presso i servizi specifici di accoglienza (Pronto Soccorso) in caso di violenza potrebbe essere un punto di forza, sia come membro dell'équipe sia come consulente, in quanto è a conoscenza della modalità di approccio durante il primo colloquio, delle domande che dovrà utilizzare e degli indicatori specifici di violenza.

Durante questo lavoro ho incontrato alcuni limiti, e segnalo qui i principali.

Innanzitutto la difficoltà di reperire fonti specifiche dell'infermiere forense che trattassero problematiche delle persone LGBT. Per quanto riguarda la letteratura nazionale, ho tratto le informazioni da linee guida e documenti che trattano la questione da un punto di vista trasversale, mentre per la revisione della letteratura internazionale, ho utilizzato articoli reperiti da riviste specifiche di altri professionisti o altre discipline. In entrambi i casi ho quindi cercato di estrapolare le informazioni in linea con il mio obiettivo.

Il secondo limite è legato alla difficoltà di delineare nello specifico le competenze dell'infermiere forense, con il rischio di soffermarmi troppo su problematiche di carattere sociale, o di pertinenza di un infermiere counselor, o di un infermiere esperto in psichiatria (oppure di altri professionisti sanitari).

Credo che questo possa essere un limite relativo, in quanto in ogni scenario considerato, è ovvio che l'infermiere forense rilevi una serie di bisogni relativi alle diverse sfere dell'individuo, che tratterà all'interno di una équipe.

L'implementazione e l'istituzionalizzazione a livello locale di sportelli dedicati alle persone LGBT, ancora poco diffusi e conosciuti, potrebbe rendere possibile l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni degli individui.

Bibliografia

Batini F, Santoni B. *L'identità sessuale a scuola. Educare alla diversità e prevenire l'omofobia*. Liguori, Napoli, 2009

Eckhout B, Paternotte D. *A paradise for LGBT rights? The paradox of Belgium*. J Homosex 58:1058-84, 2011

- Fracasso M, Codini G, Merzagora Bestos I et al. *Vittime del crimine. Diritti ed esperienze di supporto in Europa 2007*, disponibile online alla URL: <http://www.ristretti.it/convegni/valencia>
- Glezer A, McNeil DE, Binder R. *Transgendered and incarcerated: a review of the literature, current policies and laws, and ethics*. J Am Acad Psychiatry Law 41:551-9, 2013
- Gonzales-Guarda R, De Santis JP, Vasquez EP. *Sexual orientation and demographic, cultural and psychological factors associated with the perpetration and victimization of intimate partner violence among Hispanic men*. Issues Ment Health Nurs, 34(2):103-109;2013
- Green R. *Transsexual legal rights in the United States and United Kingdom: employment, medical treatment, and civil status*. Arch Sex Behav, 39:153-160; 2010
- Ippoliti C, Schuster A. *DisOrientamenti. Discriminazione ed esclusione sociale delle persone LGTB in Italia*. UNAR, 2011
- Linee guida per un'informazione rispettosa delle persone LGBT*, disponibile online alla URL: <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/dipartimento/pubblicazioni>
- Lingiardi V. *Citizen gay*. Il Saggiatore Milano, 2007
- Oliffe J, Han C, S.ta Maria E, Howard T, Stewart DE, McMillan H. *Gay man and intimate partner violence: a gender analysis*. Sociol Health Illn 36:564-79; 2014
- Minter SP. *Supporting transgender children: new legal, social and medical approaches*. J Homosex, 59:422-33; 2012
- Patzel B. *Lesbian partner abuse: differences from heterosexual victims of abuse. A review from the literature*. Kans Nurse 80(9):7-8; 2005
- Pinzuti E, Viggiani G., *Per una scuola esclusiva. Percorsi didattici contro la violenza di genere e il bullismo omofobico*, 2014. disponibile alla URL http://www.retelenford.it/images/Rapporto_finale__Omofobia_Transfobia_e_Bullismo.pdf
- Progetto Salute e Prevenzione dedicato alle donne lesbiche*, disponibile online alla URL <http://www.digiproject.com/coddocumento/65/>
- Rete Lenford. *Rapporto di ricerca, realizzazione di uno studio volto all'identificazione, all'analisi e al trasferimento di buone prassi in materia di non discriminazione nello specifico ambito dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere*. FSE 2007-2013 persone LGBT. Italia 2010
- Sansonetti S., *Relazione Paese I sulla situazione delle persone LGTB*, 2010
- Simopoulos EF, Khin Khin E. *Fundamental principles inherent in the comprehensive care in trans gender inmates*. J Am Acad Psychiatry Law 42:26-36, 2014
- Strategia Nazionale LGBT*, disponibile online alla URL: <http://www.unar.it/unar/portal/wp-content/uploads/2014/02/LGBT-strategia-unar>
- Violenza contro le donne: i servizi in Piemonte*. Assessorato alle Pari Opportunità della Regione Piemonte, disponibile online alla URL: http://www.regione.piemonte.it/comunicaregione/1009/pdf/folder_servizi_nov.pdf
- Violenza di genere. Linee di indirizzo regionali per le donne vittime della violenza*, disponibile online alla URL: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it>
- Weisz V. *Social justice considerations for lesbian and bisexual women's health care* JOGNN, 38:81-87;2009

www.comune.napoli.it (ultimo accesso marzo 2015)

www.digayproject.org/servizi/Aiuto-legale (ultimo accesso marzo 2015)

www.forensicnurses.org (ultimo accesso marzo 2015)

www.retelenford.it (ultimo accesso marzo 2015)

www.med.unipmn.it/edu/corsi/ps/infermieristica (ultimo accesso maggio 2015)

Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis,

Ana Maria Buller, Karen M. Devries, Louise M. Howard, Loraine J. Bacchus

Published: March 4, 2014 - DOI: 10.1371/journal.pmed.1001609⁷⁷

Abstract

Background

Intimate partner violence (IPV) among men who have sex with men (MSM) is a significant problem. Little is known about the association between IPV and health for MSM. We aimed to estimate the association between experience and perpetration of IPV, and various health conditions and sexual risk behaviours among MSM.

Methods and Findings

We searched 13 electronic databases up to 23 October 2013 to identify research studies reporting the odds of health conditions or sexual risk behaviours for MSM experiencing or perpetrating IPV. Nineteen studies with 13,797 participants were included in the review. Random effects meta-analyses were performed to estimate pooled odds ratios (ORs). Exposure to IPV as a victim was associated with increased odds of substance use (OR = 1.88, 95% CI_{OR} 1.59–2.22, I^2 = 46.9%, 95% CI _{I^2} 0%–78%), being HIV positive (OR = 1.46, 95% CI_{OR} 1.26–1.69, I^2 = 0.0%, 95% CI _{I^2} 0%–62%), reporting depressive symptoms (OR = 1.52, 95% CI_{OR} 1.24–1.86, I^2 = 9.9%, 95% CI _{I^2} 0%–91%), and engagement in unprotected anal sex (OR = 1.72, 95% CI_{OR} 1.44–2.05, I^2 = 0.0%, 95% CI _{I^2} 0%–68%). Perpetration of IPV was associated with increased odds of substance use (OR = 1.99, 95% CI_{OR} 1.33–2.99, I^2 = 73.1%). These results should be interpreted with caution because of methodological weaknesses such as the lack of validated tools to measure IPV in this population and the diversity of recall periods and key outcomes in the identified studies.

Conclusions

MSM who are victims of IPV are more likely to engage in substance use, suffer from depressive symptoms, be HIV positive, and engage in unprotected anal sex. MSM who perpetrate IPV are more likely to engage in substance use. Our results highlight the need for research into effective interventions to prevent IPV in MSM, as well as the importance of providing health care professionals with training in how to address issues of IPV among MSM and the need to raise awareness of local and national support services.

⁷⁷ <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001609>

Editors' Summary

Background

Intimate partner violence (IPV, also called domestic violence) is a common and widespread problem. Globally, nearly a third of women are affected by IPV at some time in their life, but the prevalence of IPV (the proportion of the population affected by IPV) varies widely between countries. In central sub-Saharan Africa, for example, nearly two-thirds of women experience IPV during their lifetime, whereas in East Asia only one-sixth of women are affected. IPV is defined as physical, sexual, or emotional harm that is perpetrated on an individual by a current or former partner or spouse. Physical violence includes hitting, kicking, and other types of physical force; sexual violence means forcing a partner to take part in a sex act when the partner does not consent; and emotional abuse includes threatening a partner by, for example, stalking them or preventing them from seeing their family. The adverse effects of IPV for women include physical injury, depression and suicidal behaviour, and sexual and reproductive health problems such as HIV infection and unwanted pregnancies.

Why Was This Study Done?

IPV affects men as well as women. Men can be subjected to IPV either by a female partner or by a male partner in the case of men who have sex with men (MSM, a term that encompasses homosexual, bisexual, and transgender men, and heterosexual men who sometimes have sex with men). Recent reviews suggest that the prevalence of IPV in same-sex couples is as high as the prevalence of IPV for women in opposite-sex relationships: reported lifetime prevalences of IPV in homosexual male relationships range between 15.4% and 51%. Little is known, however, about the adverse health effects of IPV on MSM. It is important to understand how IPV affects the health of MSM so that appropriate services and interventions can be provided to support MSM who experience IPV. In this systematic review (a study that identifies all the research on a given topic using predefined criteria) and meta-analysis (a study that combines the results of several studies using statistical methods), the researchers investigate the associations between the experience and perpetration of IPV and various health conditions and sexual risk behaviours among MSM.

What Did the Researchers Do and Find?

The researchers identified 19 studies that investigated associations between IPV and various health conditions or sexual risk behaviours (for example, unprotected anal sex, a risk factor for HIV infection) among MSM. The associations were expressed as odds ratios (ORs); an OR represents the odds (chances) that an outcome will occur given a particular exposure, compared

to the odds of the outcome occurring in the absence of that exposure. The researchers estimated pooled ORs from the data in the individual studies using meta-analysis. The pooled lifetime prevalence of experiencing any IPV (which was measured in six studies) was 48%. Exposure to IPV as a victim was associated with an increased risk of substance (alcohol or drug) use (OR = 1.88, data from nine studies), reporting depressive symptoms (OR = 1.52, data from three studies), being HIV positive (OR = 1.46, data from ten studies), and engagement in unprotected sex (OR = 1.72, data from eight studies). Perpetration of IPV was associated with an increased risk of substance abuse (OR = 1.99, data from six studies).

What Do These Findings Mean?

These findings suggest that MSM frequently experience IPV and that exposure to IPV is associated with several adverse health conditions and sexual risk behaviours. There were insufficient data to estimate the lifetime prevalence of IPV perpetration among MSM, but these findings also reveal an association between IPV perpetration and substance use. The accuracy of these findings is limited by heterogeneity (variability) between the studies included in the meta-analyses, by the design of these studies, and by the small number of studies. Despite these and other limitations, these findings highlight the need to undertake research to identify interventions to prevent IPV among MSM and to learn more about the health effects of IPV among MSM. They highlight the importance of health care professionals being aware that IPV is a problem for MSM and of training these professionals to assess MSM for IPV. Finally, these results highlight the need to improve the availability and effectiveness of support services to which health care professionals can refer MSM experiencing or perpetrating IPV.

Additional Information

Please access these websites via the online version of this summary at <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001609>.

- The World Health Organization provides detailed information on intimate partner violence
- The US Centers for Disease Control and Prevention provides information about IPV and a fact sheet on understanding IPV that includes links to further resources
- The UK National Health Service Choices website has a webpage about domestic violence, which includes descriptions of personal experiences
- The US National Domestic Violence Hotline provides confidential help and support to people experiencing IPV, including MSM; its website includes personal stories of IPV
- The US Gay Men's Domestic Violence Project/GLBTQ Domestic Violence Project provides support and services to MSM experiencing IPV; its website includes some personal stories
- The UK not-for-profit organization Respect runs two advice lines: the Men's Advice Line provides advice and support for men experiencing domestic violence and abuse and the Respect Phoneline provides advice for domestic violence perpetrators and for professionals

who would like further information about services for those using violence/abuse in their intimate partner relationships

- The UK not-for-profit organization ManKind Initiative also provides support for male victims of IPV
- The UK not-for-profit organization Broken Rainbow UK provides help and support for lesbians and MSM experiencing IPV
- MedlinePlus provides links to other resources about domestic violence (in English and Spanish)
- The UK charity Galop gives advice and support to people who have experienced biphobia, homophobia, transphobia, sexual violence, or domestic abuse

Citation: Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ (2014) Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 11(3): e1001609. doi:10.1371/journal.pmed.1001609

Academic Editor: Sheri D. Weiser, University of California, San Francisco, United States of America

Received: August 1, 2013; **Accepted:** January 17, 2014; **Published:** March 4, 2014

Copyright: © 2014 Buller et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: This paper presents independent research funded by the NIHR under its Programme Grants for Applied Research scheme (RP-PG-0108-10084) and to LMH by the National Institute for Health Research NIHR Research Professorship NIHR-RP-R3-12-011. LMH was also partly supported by the NIHR South London and Maudsley NHS Foundation Trust specialist Biomedical Research Centre-Mental Health. The views expressed in this publication are those of the author(s) and not necessarily those of the NHS, the NIHR, or the Department of Health. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: LMH is a professional member of the NICE/SCIE programme development group for the Guideline on Preventing and Reducing Domestic Violence and the WHO guideline development group on the Response of Health Services to Domestic Violence. AMB, KMD, and LJB declare no competing interests. This does not alter the authors' adherence to all the *PLOS Medicine* policies on sharing data and materials.

Abbreviations: CTS, Conflict Tactics Scale; IPV, intimate partner violence; LGBT, lesbian, gay, bisexual, and transgender; MSM, men who have sex with men; OR, odds ratio; STI, sexually transmitted infection; UAS, unprotected anal sex

Introduction

Violence by an intimate partner affects nearly one in three women globally, ranging from 16.3% in East Asia to 65.6% in central sub-Saharan Africa [1]–[3]. The associated adverse health consequences for female victims include depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, eating disorders [4],[5], and sexual and reproductive health problems [6],[7]. However, intimate partner violence (IPV) is not exclusive to opposite-sex relationships, and there is a growing body of research highlighting the prevalence of IPV in same-sex relationships [8]–[14]. Recent reviews suggest that the prevalence in same-sex couples, in particular male–male couples, is as high as or higher than it is for women in opposite-sex relationships [15]–[18]. The reported lifetime experience of IPV in gay male relationships lies between 15.4% and 51% [9],[11],[15],[18], depending on the population studied [11],[17], the definition of “partner” or “relationship” [11], and the type of measures used [19]. Most reviews addressing of IPV in the LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) population focus on the prevalence of IPV, with limited research on the health associations of IPV [20]. The two existing reviews that explored this association [11],[17] used a narrative approach, which summarises and explains results in words rather than pooling quantitative results, and concluded that further research was needed to understand the range of health conditions associated with IPV among MSM.

A UK study on safety planning and advocacy services for men affected by IPV, found that gay and heterosexual men need different services and approaches to accessing support [21]. Insight into IPV health associations for this population will both inform the identification of opportunities for intervention, and guide the design of tailored interventions. To our knowledge this systematic review and meta-analysis is the first to quantitatively synthesise evidence on the association between exposure to IPV as a victim and a perpetrator with health conditions and sexual risk behaviours among men who have sex with men (MSM). We aimed to assess whether MSM who experience or perpetrate IPV have increased odds of common mental health disorder symptoms, eating disorder symptoms, substance misuse, sexually transmitted infections (STIs), HIV positive status, or sexual risk-taking behaviours compared with MSM who are not experiencing or perpetrating IPV.

Methods

The review followed PRISMA [22] and MOOSE [23] guidelines (see Table S1 for the PRISMA checklist). Thirteen bibliographic databases (MEDLINE, EMBASE, Global Health, PsycINFO, the Health Management Information Consortium database [HMIC], Social Policy and Practice, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL], the International Bibliography of the Social Sciences [IBSS], Web of Science, Africa Web, Index Medicus for South-East Asia Region [IMSEAR], Index Medicus for the Eastern Mediterranean Region [IMEMR], and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature [LILACS]) were searched using controlled

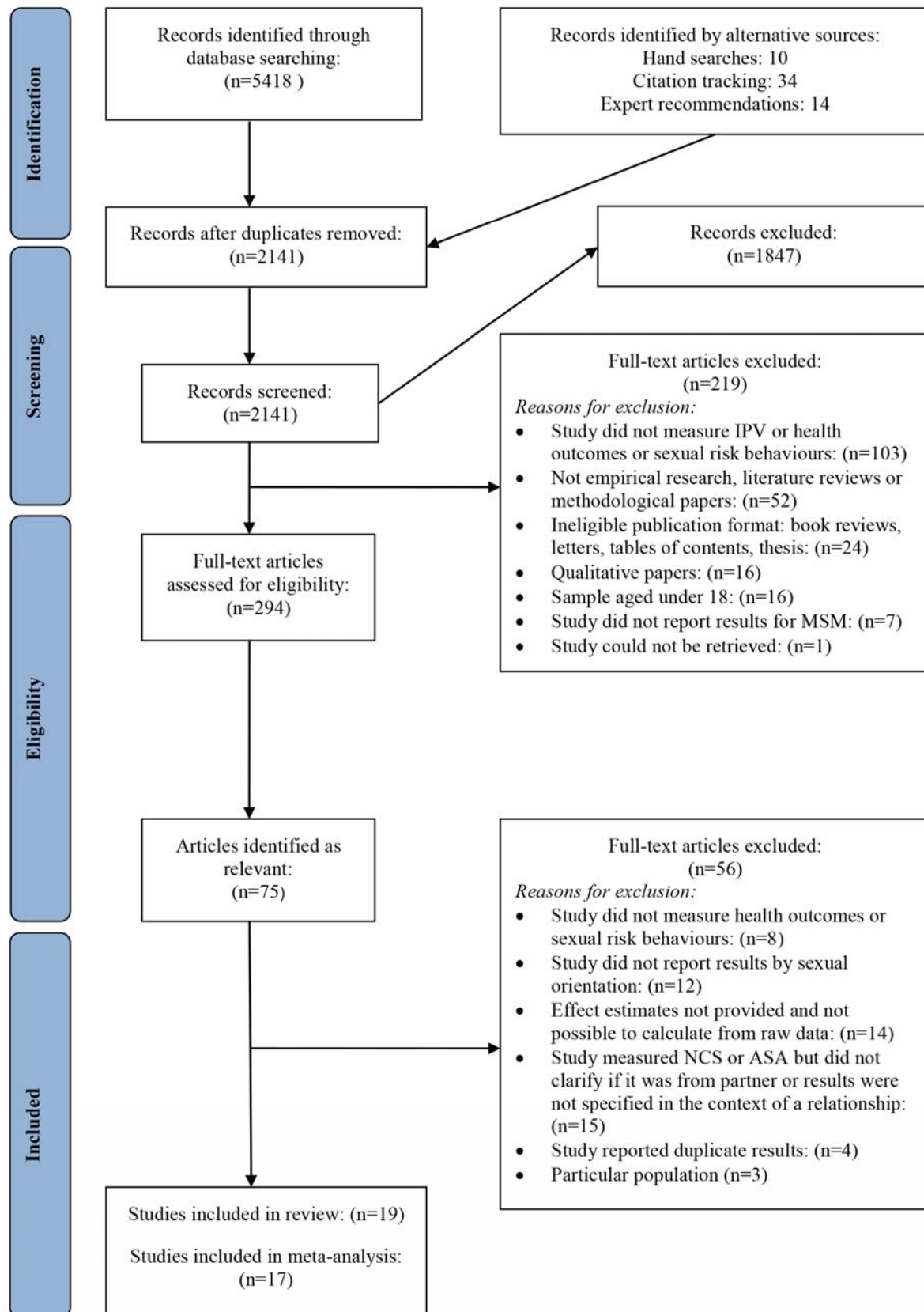
vocabulary terms and key/text words from first record to 23 October 2013. Terms for IPV and MSM were adapted from Cochrane protocols and peer-reviewed systematic reviews [24]–[27]. Terms for mental disorders were adapted from a review by Trevillion and colleagues [5]. No language restrictions were applied. Reference lists of all included studies were also searched and backward and forward citation tracking used to identify additional potentially relevant studies. Three LGBT specialised journals that featured in our searches (*Journal of Homosexuality*, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, and *Journal of LGBT Issues in Counseling*) were hand searched. Furthermore, experts were asked to identify additional studies. An example search strategy is provided in Text S1, and the protocol of the review can be found in Text S2.

Inclusion and Exclusion Criteria

The study selection process is summarised in the flowchart in Figure 1. Studies were eligible for inclusion if they (a) measured IPV in any of its forms (physical, emotional, and/or sexual); (b) reported results for men who defined themselves as gay or bisexual and/or reported having had sex with men, and who were 18 y or older; (c) were cohort studies, case-control studies, or cross-sectional studies; and (d) measured the prevalence and odds or risk of the health outcomes selected for inclusion in this review, or reported data from which these statistics could be calculated. Studies were excluded if they (a) reported on adult sexual assault or non-consensual sex outside of an intimate relationship; (b) reported IPV in a specific group that made it difficult to generalise the results to the wider population, such as IPV in the armed forces, among prison inmates, or in HIV positive individuals. Health conditions included in the review were selected based upon the most frequent outcomes associated with IPV in the broader literature [11],[20],[28]–[30]. They were classified in two groups: health conditions (depression, anxiety, and post-traumatic stress symptoms; suicide ideation and suicide attempt; substance use; eating disorders; STIs; and HIV) and sexual risk behaviours (unprotected receptive or insertive anal intercourse and number of sexual partners).

Figure 1. Flow diagram of screened and included papers.

ASA, adult sexual assault; NCS, non-consensual sex. doi:10.1371/journal.pmed.1001609.g001



Screening and Data Extraction

AM. B. and L. J. B. screened the abstracts and full texts of potentially eligible studies. Details of the 1,848 excluded papers and reasons for exclusion were documented. Data from included papers were extracted by AM. B. and L. J. B. into a customised Excel spreadsheet. Extracted data included the following: study design; sample characteristics; definitions and measures of IPV; the health conditions and sexual risk behaviours measured; and their effect estimates and measures of uncertainty. Details about confounders controlled for were also recorded.

Quality Appraisal

The quality of each association estimate was appraised by AM. B. and L. J. B. using criteria adapted from validated tools [31] and STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) [32]. An appraisal checklist for included studies was developed. The checklist provided explanatory notes for extracting each data element to ensure consistency between reviewers (see Text S3). The inter-rater agreement rate between reviewers for the quality appraisal was high ($K = 0.86$), and discrepancies were resolved through discussion with a third reviewer (K. M. D.).

Data Analyses

All analyses were conducted by K. M. D. and AM. B using Stata 12.0 [33]. Descriptive statistics on study characteristics and quality are presented. We computed an overall quality score (Table 1) for descriptive purposes, but in accordance with recommended practice, this was not used to weight studies in the meta-analysis [34]. Random effects meta-analysis was used to calculate the pooled prevalence of different forms of violence and to calculate pooled odds ratios (ORs) representing associations between exposure to IPV and various health outcomes and sexual risk behaviours. Where studies did not report prevalence estimates or ORs, these were calculated from raw data where possible. One study [35] reported a risk ratio, which was converted to an OR using the formula of Zhang and Kai [36]. Higgins's I^2 statistic, which describes the percentage of variability in point estimates that is due to heterogeneity rather than sampling error [37], was calculated. We also calculated confidence intervals for each I^2 statistic using the *heterogi* command in Stata [38]. Following other reviews 25%, 50%, and 75% were taken to indicate low, moderate, and high levels of heterogeneity, respectively [39],[40]. Meta-regression analyses were run in order to establish predictors of heterogeneity.

Table 1. Quality assessment of estimates in studies included in the review.

Study	Sample	Response Rate	Bias	Missing Data	Study Participants	MSM Definition	IPV Measure	Outcomes Measure	Precision of Effect Measure	Transparency of Results	Adjusted Analysis	Overall Quality Score* (Maximum 22)
Bartholomew et al. (2008) [42]	1	2	2	0	2	0	2	0	2	1	1	13
Dunkle et al. (2013) [44]	0	0	0	0	2	2	1	0	2	2	2	11
Dyer et al. (2012) [46]	0	2	0	0	2	2	0	1	2	2	2	13
Feldman et al. (2007) [35]	0	2	0	0	2	0	2	0	2	1	1	10
Greenwood et al. (2002) [47]	1	2	0	0	2	2	2	0	2	0	1	12
Houston and McKinnan (2007) [54]	0	0	0	2	2	2	1	1	2	1	1	12
Hughes et al. (2010) [48]	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	0	12
Kelly et al. (2011) [49]	0	2	0	0	2	0	2	0	2	1	0	9
Koblin et al. (2006) [50]	0	2	1	0	2	2	1	1	2	2	0	13
Li et al. (2012) [57]	0	2	0	0	2	0	1	2	2	2	1	12
Mustanski et al. (2007) [55]	0	0	0	2	2	0	0	1	2	2	2	12
Mustanski et al. (2011) [45]	0	0	0	0	2	2	2	1	2	2	2	13
Nieves-Rosa et al. (2000) [56]	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	2	9
Stall et al. (2003) [51]	1	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	15
Stephenson et al. (2010) [52]	0	2	0	0	2	2	1	0	2	0	0	9
Stephenson et al. (2011) [43]	0	0	0	0	2	0	2	0	2	2	2	10
Stephenson et al. (2011) [58]	0	2	0	0	2	2	2	0	2	2	2	14
Welles et al. (2011) [60]	0	0	0	0	2	2	2	0	2	2	2	12
Wong et al. (2010) [53]	0	0	0	0	2	2	2	0	2	2	2	12

*A key with the criteria for scoring each quality category is provided in Text S3.
doi:10.1371/journal.pmed.1001609.t001

Some studies reported results in multiple publications or had multiple estimates using overlapping measures of either violence or health outcomes. To avoid double-counting participants, which can lead to falsely precise pooled estimates, we selected only the least biased estimate per study. Decisions were based on the quality criteria described above and the following algorithm: preference was given to multivariate estimates over bivariate, to where the reference group was unexposed to any violence, and to where the estimate was most precise (i.e., smallest confidence interval). To investigate small study effects and possible publication bias, we constructed contour funnel plots in Stata [41] (Figure S1). For this we used all available estimates for a given outcome (rather than choosing one per study).

Results

Study Characteristics

Nineteen studies describing 18 datasets (Greenwood et al. [47] and Stall et al. [51] are based on the same dataset) with 13,797 participants, and reporting 87 estimates, met the inclusion criteria; 17 studies were included in the meta-analysis. Sixteen studies were conducted in the US, one in Canada [42], one in South Africa [43], and one in China [44] (study characteristics are shown in Tables 2 and S2). The mean age of participants ranged from 19 [45] to 47 [46] y old. Average participation rate was 63%, with 11 studies [35],[42],[46]–[52],[57],[58] reporting it

Table 2. Characteristics of studies included in the review.

doi:10.1371/journal.pmed.1001609.t002

Study	Country	Sample (N ^a)	IPV Types and Measures Used	Outcomes Measured
Bartholomew et al. (2008) [42]	Canada	Household probability telephone sample (186 MSM).	Experience and perpetration of physical and psychological IPV measured with a modified version of CTS.	Substance use, HIV status.
Dunkle et al. (2013) [44]	China	Respondent-driven sample (404 Chinese MSM and male sex workers).	Experience of physical, emotional, and sexual IPV measured by specific behavioural items except for sexual IPV, which was measured by a single behaviour item.	Sexual risk behaviours
Dyer et al. (2012) [46]	US	Clinical setting (301 black MSM).	Experience of physical, mental, or emotional IPV measured by single behaviour items.	Depression symptoms, stress, substance use, HIV status, and high-risk sex.
Feldman et al. (2007) [35]	US	Community-based convenience sample (912 Latino gay and bisexual men).	Experience of physical, psychological, and sexual IPV measured by specific behavioural items.	HIV sexual risk behaviour.
Greenwood et al. (2002) [47]	US	Household probability telephone sample (2,881 MSM).	Experience of physical, psychological, and sexual IPV measured with modified version of CTS.	HIV status.
Houston and McKimmon (2007) [54]	US	Community-based convenience sample (817 MSM).	Experience of physical, verbal, and sexual IPV measured by specific behavioural items except for sexual IPV, which was measured by a single behaviour item.	Substance use, depression, HIV status, sexual behaviour.
Hughes et al. (2010) [48]	US	Population-based random sample (338 gay, bisexual, and "not sure" men).	Experience of physical IPV measured by single behaviour item.	Substance use disorder.
Kelly et al. (2011) [49]	US	Community-based convenience sample (1,782 gay and bisexual men).	Experience and perpetration of physical and emotional IPV measured with an adapted version of the Greenwood and colleagues [47] scale, which was a modified version of CTS.	Substance use.
Koblin et al. (2006) [50]	US	Community-based convenience sample (539 MSM).	Experience of physical and emotional IPV measured by specific behavioural items for physical violence and a single behaviour item for emotional violence.	Club drug use, HIV status, UAS.
Li et al. (2012) [57]	US	Clinic-based convenience sample (2,295 MSM).	Experience of physical, verbal, and sexual IPV measured by specific behavioural items except for sexual IPV, which was measured by a single behaviour item.	Substance use, HIV status.
Mustanski et al. (2007) [55]	US	Community-based convenience sample (288 MSM).	Experience of physical and emotional IPV measured by single behavioural items.	Substance use, HIV status, UAS.
Mustanski et al. (2011) [45]	US	Community-based convenience sample (413 MSM).	Experience of physical and sexual IPV measured by specific behavioural items.	Drug use, UAS.
Nieves-Rosa et al. (2000) [56]	US	Community-based convenience sample (273 MSM).	Experience of psychological, physical, and sexual IPV measured by single behaviour items.	Substance use, UAS.
Stall et al. (2003) [51]	US	Household probability telephone sample (2,881 MSM).	Experience of physical, symbolic, and sexual IPV measured with a modified version of the CTS.	Substance use, depressive symptoms, HIV status, UAS.
Stephenson et al. (2010) [52]	US	Online-based convenience sample (665 gay or bisexual men).	Experience and perpetration of physical and sexual IPV; sexual IPV was measured by a single behaviour item.	HIV status.
Stephenson et al. (2011) [43]	South Africa	Online-based convenience sample (521 MSM).	Experience and perpetration of physical or sexual IPV measured by specific behaviour items.	UAS.
Stephenson et al. (2011) [58]	US	Online-based convenience sample (528 MSM).	Experience and perpetration of physical, psychological, and sexual IPV measured with CTS-Revised.	HIV status.
Welles et al. (2011) [60]	US	Clinical-based setting (128 black MSM).	Experience and perpetration of physical and sexual IPV measured by specific behavioural items.	Substance use.
Wong et al. (2010) [53]	US	Community-based sample (526 MSM).	Experience and perpetration of physical, emotional, and sexual IPV measured with an adaptation of the Women's Experience with Battering Scale [59].	Substance use.

^aN based on participants included in the calculation of the estimates included in the review.

doi:10.1371/journal.pmed.1001609.t002

Table 1 summarises estimates' quality. Most studies used convenience, non-probabilistic samples, with the exception of one study that used a population-based sample [48] and three studies that used random samples of particular cities in the US and Canada [42],[47],[51]. Response bias was addressed in two studies [42],[50]. Similarly, two studies [54],[55] reported their missing data policy or performed a sensitivity analysis. All the estimates reported or calculated from the raw data had uncertainty measures, and four studies [47],[51],[52],[56] did not report their non-significant results. Four studies [48]–[50],[52] did not control for confounders within the analyses, or we calculated the estimates from raw data and did not control for confounders. Confounders included a wide range of variables, with most studies controlling for age, ethnicity, level of education, substance use, and HIV status.

Only nine of 19 studies used validated self-report measures of depressive symptoms [46],[51],[54], substance use [48],[51],[54], or sexual risk behaviours [45],[48],[55],[56], or biological samples to establish HIV seropositivity [50],[51],[57]. Measures were otherwise unvalidated self-report measures for health conditions, including HIV status. Studies included in the review reported on different populations: gay only, gay and bisexual, MSM only, MSM and bisexual, and LGBT. Most (12) studies used behavioural measures to define their study populations as MSM. Seven studies [35],[42],[43],[48],[49],[55],[57] relied on self-reported sexual orientation to define their study population.

The recall times for which IPV was measured included "lifetime prevalence", "past 5 years", "in the last 12 months", "in the past three months", and "in your current relationship". Five studies [42],[47],[49],[51],[58] reported using an adapted version of the Conflict Tactics Scale (CTS), and one [53] used an adapted version of a scale by Smith and colleagues [59]. Four studies used unique IPV measures developed by the authors that included multiple behaviours to measure all the types of IPV included in the study [35],[43],[45],[60], five studies used multiple behaviour measures for physical IPV but not for emotional or sexual violence [44],[50],[52],[54],[57], and four studies used single behaviour items to measure all types of IPV included in the study [46],[48],[55],[56]. Physical violence was measured in all 19 studies (13,812 participants). Emotional violence included verbal and psychological violence, and it was measured in 14 studies [35],[42],[44],[46],[47],[49]–[51],[53]–[58] (11,732 participants), and sexual violence was measured in 13 studies [35],[43],[44],[45],[47],[51]–[54],[56]–[58],[60] (10,363 participants).

Intimate Partner Violence Victimization: Prevalence and Health Associations

Combined measures of any lifetime violence (physical, sexual, or emotional) were reported in six studies [35],[50],[53]–[56] with 3,355 participants. Estimates ranged from 32% [54] to 82% [53], with a pooled prevalence of 48% (95% CI_p 31.23–64.99) and a high level of heterogeneity between pooled estimates ($I^2 = 95.7$, 95% CI_I² 92%–98%). Removal of the outlying estimate [53] did not improve heterogeneity. When asking about experience of any kind of IPV in the last 5 y, a pooled

prevalence of 31.95% (95% CI_p 19.32–44.58) in four studies [44], with 7,362 participants was found. Estimates ranged from 16% to 51%, and there was a high level of heterogeneity between estimates ($I^2 = 99.3$, 95% CI_I² 99%–100%) (Table 3). Eight studies included prevalence measures of any type of IPV victimisation [58],[60], physical violence only [48], or a combination of two types of violence [43],[45],[46],[50],[52], with various recall periods.

Table 3. Pooled prevalence for IPV victimisation.

Recall Period	Any Violence				Physical Violence				Sexual Violence				Emotional Violence			
	Studies (n)	N	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity (95% CI)	Studies (n)	N	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity (95% CI)	Studies (n)	N	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity (95% CI)	Studies (n)	N	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity (95% CI)
Lifetime	5*	2,829	41.24 (32.38–50.11)	95.7% (92%–98%)	6	3,405	24.05 (17.41–30.69)	95.5% (92%–97%)	4	2,528	14.60 (9.88–19.32)	91.1% (80%–96%)	5	3,067	34.44 (24.61–44.28)	97.1% (95%–98%)
5 y	4	7,362	31.95 (19.32–44.58)	99.3% (99%–100%)	2	5,176	19.5 (14.60–24.40)	95.2% (NA) ^b	3	5,580	5.1 (4.52–5.67)	0% (0%–90%)	2	5,176	25.50 (8.84–42.15)	99.5% (NA)
Past year	0	0	NA (NA)	NA (NA)	3	1,729	13.99 (6.08–21.89)	96.1% (92%–98%)	3	1,729	7.31 (4.53–10.09)	80.9% (40%–94%)	1	665	31.99 (24.42–39.55)	NA (NA)

*Without outlier.

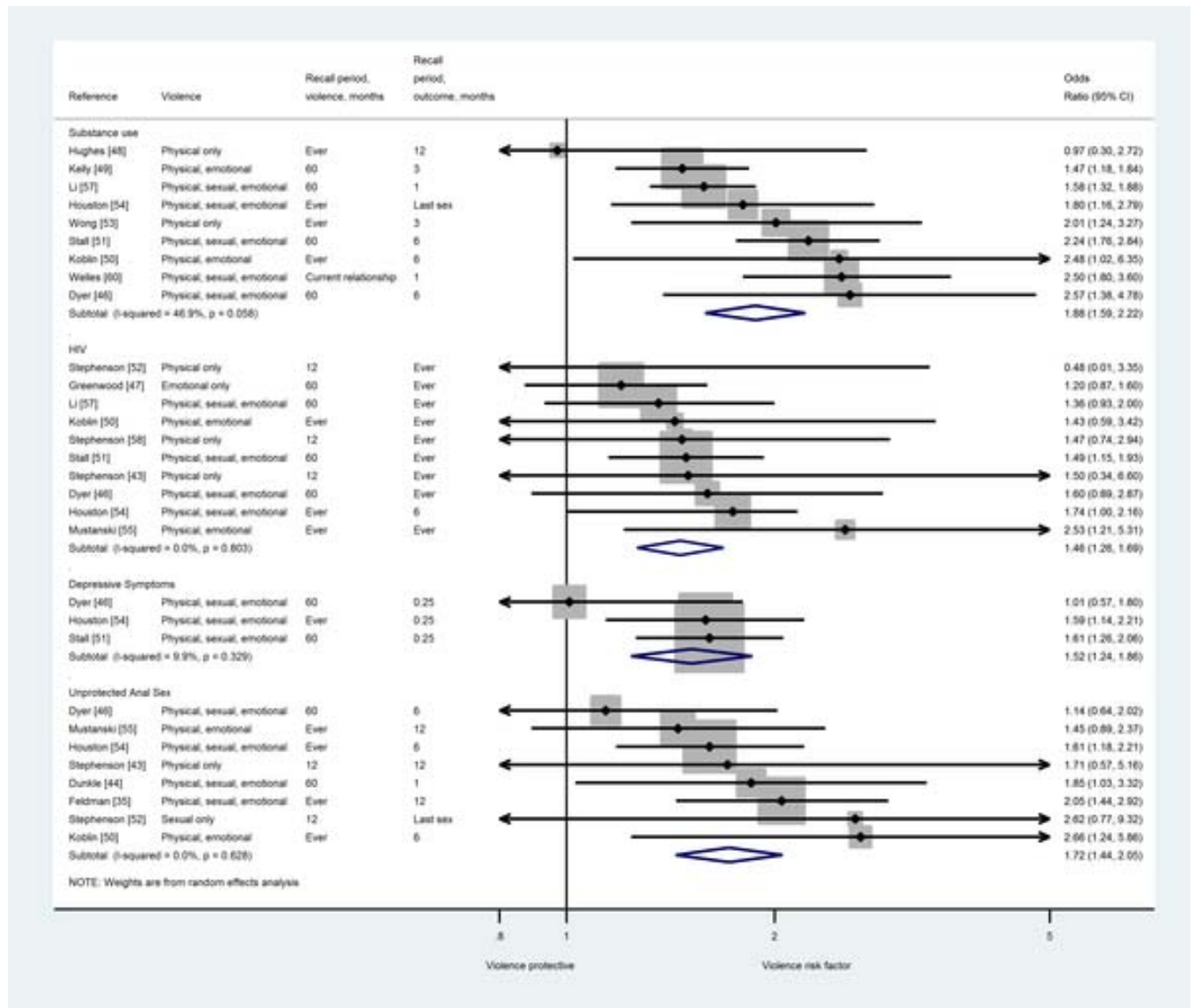
^bIt was not possible to calculate the 95% CI because of the small number of studies.

NA, not available.

doi:10.1371/journal.pmed.1001609.t003

Estimates of the association between IPV victimisation and substance use were provided in nine studies [46],[48]–[51],[53],[54],[57],[60] that included 9,607 MSM who had been exposed to any kind of IPV and had consumed different kinds of substances (Figure 2). We found that exposure to IPV was associated with increased odds of substance use, with an OR for pooled estimates of 1.88, (95% CI_{OR} 1.59–2.22), but with moderate heterogeneity between studies ($I^2 = 46.9\%$, 95% CI_I² 0%–78%) (Table 4). In order to investigate sources of heterogeneity for this meta-analysis we ran meta-regressions to test the impact of IPV modality and type of drug consumed on heterogeneity. Our results showed that none of these variables explained the heterogeneity (Table 5).

Figure 2. Meta-analysis of the association between IPV and health outcomes and sexual risk behaviours in MSM who are victims of IPV.



Estimates for the odds of HIV were provided in ten studies [43],[46],[47],[50]–[52],[54],[55],[57],[58] that included 8,835 MSM who had been exposed to any kind of IPV (Figure 2). Exposure to IPV was associated with a positive HIV status, with a pooled OR of 1.46 (95% CI_{OR} 1.26–1.69) and high consistency between pooled estimates ($I^2 = 0.0\%$, 95% CI_I² 0%–62%) (Table 4).

MSM exposed to any kind of violence also had increased odds of reporting depression symptoms. Depression symptoms were measured in three studies including 3,999 MSM using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) [46],[51],[54], with a pooled OR of 1.52 (95% CI_{OR} 1.24–1.86, $I^2 = 9.9\%$, 95% CI_I² 0%–91%) (Figure 2; Table 4). Estimates for unprotected anal sex (UAS) were calculated in nine studies [35],[44]–[46],[50],[52],[54],[56],[58]. After running the meta-analysis and removing an outlier study [56], we kept eight estimates with a total population of 4,447 MSM (Figure 2). We found that exposure to IPV was associated with increased odds of engaging in UAS (pooled OR = 1.72, 95% CI_{OR} 1.44–2.05, $I^2 = 0.0\%$, 95% CI_I² 0%–68%)

(Table 4). Contour-enhanced funnel plots showed no evidence of publication bias for substance use, HIV, and UAS results (Figure S1). In these plots studies are missing from the left side of the graph, but across areas of both statistical significance and non-significance. This suggests that publication bias is not responsible for funnel plot asymmetry [41]. The small number of studies that could be pooled for the depression symptoms meta-analysis precluded the use of such plots [46],[61],[62] for this health correlate.

Intimate Partner Violence Perpetration: Prevalence and Health Associations

Prevalence rates of IPV perpetration among MSM were reported in seven studies [42],[43],[49],[52],[53],[58],[60] with a total population of 4,336 MSM. These studies reported prevalence for different types of violence and different recall periods, precluding the possibility of meta-analysis. Estimates for the odds of substance use among perpetrators were provided in two studies [49],[60] that included 1,910 MSM who disclosed perpetration of IPV. Perpetration of IPV was associated with increased odds of substance use (pooled OR = 1.99, 95% CI_{OR} 1.33–2.99) (Table 4). The results showed moderate heterogeneity ($I^2 = 73.1\%$). Due to the small number of studies, CI_{I²} could not be calculated for this result. Likewise, it was not possible to assess publication bias. No other significant associations between IPV perpetration and health outcomes or sexual risk behaviours were found when conducting the meta-analyses (Table 4).

Discussion

Main Findings

Our findings suggest that IPV victimisation is prevalent among MSM. We also found evidence that exposure to IPV as a victim is associated with increased odds of substance use, depressive symptoms, being HIV positive, and UAS among MSM. Relatively few studies measured perpetration of IPV, but these studies suggested an association between IPV perpetration and substance use. However, these results should be interpreted with caution given the methodological limitations in the included studies.

The associations of IPV with both UAS and being HIV positive suggested in this review are consistent with the existence of a causal pathway. Emotional, physical, or sexual violence (or a combination of all three) could increase risk for UAS [28],[63], which in turn could increase risk for HIV infection. Further research is needed to investigate this link, including the specific associations between different types of IPV and HIV status. In particular, the intersection of IPV and HIV seropositivity might be problematic. MSM may fear partner violence following disclosure of HIV status and may experience difficulties adhering to treatment regimes and accessing health services. Sexual health and HIV services are opportune points of intervention for MSM affected by IPV [64], and these findings underscore the need for these services to provide comprehensive

sexual health care and awareness of repeat STI or positive HIV status as indicators for IPV and vice versa among the MSM population. Our findings on the association of substance use and depression symptoms with IPV confirm previous findings [48],[65] and also highlight the need for mental health and substance misuse services to address IPV issues. Men who are depressed or engage in heavy substance use and are also part of a violent relationship might find it hard to seek help, to end the relationship, or adhere to prescribed treatment.

Strengths and Limitations of This Review

To our knowledge this is the first systematic review to quantitatively summarise the associations between IPV victimisation and perpetration with various health conditions in MSM. Our review entailed extensive searches of the international research literature without any time or language restrictions, and most of our results were consistent and showed no publication bias. Despite this, the review has some limitations. First, prevalence results are only for studies included in the review and should be interpreted with caution. Second, we did not contact authors for additional data. Third, for studies that did not provide ORs, it was not possible to control for confounders when ORs were calculated from raw data [48]–[50],[52].

Limitations of Included Studies

The included studies had a number of methodological weaknesses, and the search produced few published studies addressing the association between IPV and health among MSM. Similar to other meta-analyses with a low number of studies, confidence intervals for the heterogeneity estimates were very wide [66]. This means that if further studies were to be conducted on the associations between IPV and health outcomes among MSM the results could be more homogenous or more heterogeneous. Heterogeneity in our review could have been due to different factors such as different recall periods, types of IPV included, the use of convenience samples, different definitions of sexual identity, and the quality of tools used to assess IPV and health outcomes. Unfortunately, tests for sources of heterogeneity have low power with small numbers of studies.

Furthermore, all studies included were cross-sectional, and there was a lack of uniformity regarding the recall periods for IPV and key outcomes, which made it impossible to assess the temporality of the associations. Most studies used convenience, non-probabilistic samples, which makes it difficult to generalise the results to the wider population. Few studies used validated tools to measure IPV, health outcomes, or sexual risk behaviours. HIV measurement relied mainly on self-report, which can provide a biased measure of HIV prevalence. There was a lack of consistency in the types of IPV measured in the studies; however, most authors used either a modified version of CTS or specific behavioural acts to measure IPV. Studies used scales that have been validated for heterosexual samples, which did not necessarily capture MSM's experience of

IPV, and most studies used an author's IPV measure without discussing issues of validity or psychometric characteristics. Measures of sexual violence were limited and usually included a single behaviour item asking about forced or unwanted sex, thus potentially resulting in an underestimation of this type of abuse. Additionally, most of the IPV was measured without considering contextual factors such as the frequency with which the abuse occurred or its perceived impact [67]. A step towards a validated tool for IPV among MSM in the US has been taken by Stephenson and Finneran [19], which may be useful in future studies.

Another limitation arises from the fact that we included studies that used different kinds of sexual identities (i.e., self-recognised as gay or bisexual, reporting same-sex sexual encounters, or both). Men's experiences of IPV and the impact it has on their health may be affected by their identification as gay or not, which in turn might be related to their levels of internalised homophobia. Further studies including a differentiated analysis by sexual identity and sexual behaviour might help to understand these relationships better. One such study found that men who identified themselves as gay had a higher prevalence of IPV compared to men who disclosed same-sex sexual behaviour, but did not identify themselves as gay or bisexual [18]. The term "partner" was not clearly operationalised in many of the studies. Studies measuring IPV often define "partner" as someone with whom the respondent has had sex. Therefore, some studies may have captured violence and abuse experienced in the context of casual encounters. This may have diluted the association between health outcomes and IPV because it is less likely that these relationships are characterised by a pattern of abuse and coercive, controlling behaviour that escalates over time [68],[69]. Moreover, the role of sexual agreements, which can be monogamous or non-monogamous [70] and are common among gay couples [70],[71], was missing from the studies identified. Lastly, there was a dearth of research relating to MSM in low- and middle-income countries [72], where MSM are at elevated risk of HIV infection and in some countries might face serious discrimination and multiple barriers to accessing health care [73].

Implications for Research

Future research should include national studies using probability-based samples to establish more reliable estimates of the prevalence of different types of IPV experience and perpetration amongst MSM. Further studies should try to establish the impact of particular (more common) forms of IPV among MSM in order to clarify the connections between specific forms of violence and health conditions. Additionally, the sexual orientation and identity of participants should be clearly established, and analysis should differentiate between the two. This will help determine whether the factors that drive IPV and the consequences of IPV are different across men who identify as gay or bisexual compared with men who have same-sex sexual behaviours but do not identify themselves as gay or bisexual.

Longitudinal studies are needed to establish the causal pathway between IPV and adverse health outcomes and sexual risk behaviours. The concepts of bi-directional violence or reciprocity of violence, common in the literature on IPV in MSM, should be taken into consideration in future

research. Future studies should also use measurement tools validated for MSM populations and prospective biological measures of STIs and HIV. Other health outcomes and health risk behaviours for which we did not find any studies, such as eating disorders, repeated STIs, sexual compulsivity [74], and concurrent sexual partnerships [70],[71],[75], may also be important in understanding the impact that IPV has for this particular population. Furthermore, in view of the increasing evidence that the chronic stress of both childhood and adulthood abuse is associated with inflammatory markers that increase the risk of long term diseases including cardiovascular disease and diabetes [76],[77], longer term adverse health outcomes are also possible and should be measured in future studies.

Implications for Practice

The findings of this review underscore the need for health professionals to be aware that IPV is a problem for the MSM population and to carefully assess for IPV and refer affected individuals to appropriate support services in the community. Therefore, same-sex IPV awareness training for health professionals caring for this population is needed. This training should include developing skills for asking about IPV [78],[79], dealing with partner notification and safety issues, and making referrals to specialist IPV support services [80]. However, the availability of local and national support services for MSM experiencing or perpetrating IPV varies considerably internationally, and there are very limited data available on their effectiveness [81]. From a health services perspective, adequate protocols for dealing with IPV should be in place, ensuring that all primary and secondary health care services provide holistic care. Addressing IPV is a global health priority, and rigorous evaluations of the feasibility and effectiveness of health service interventions for IPV amongst MSM are needed to inform future policy and practice.

References

1. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH (2006) Prevalence of intimate partner violence: findings from the who multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 368: 1260–1269. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69523-8
2. Walters M, Chen J, Breiding M (2013) The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. Atlanta (Georgia): US Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control.
3. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, et al. (2013) The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science* 340: 1527–1528. doi: 10.1126/science.1240937
4. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C (2008) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the who multi-country study on women's health and

domestic violence: an observational study. *Lancet* 371: 1165–1172. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60522-x

5. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM (2012) Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 7: e51740. doi: 10.1371/journal.pone.0051740

6. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK (2007) Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse* 8: 105–116. doi: 10.1177/1524838007302594

7. Coker AL (2007) Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse* 8: 149–177. doi: 10.1177/1524838007301162

8. Alexander CJ (2002) Violence in gay and lesbian relationships. *J Gay Lesbian Soc Serv* 14: 95–98. doi: 10.1300/j041v14n01_06

9. Henderson L (2003) Prevalence of domestic violence among lesbians and gay men. London: Sigma Research.

10. Mak WW, Chong ES, Kwong MM (2010) Prevalence of same-sex intimate partner violence in Hong Kong. *Public Health* 124: 149–152. doi: 10.1016/j.puhe.2010.02.002

11. Nowinski SN, Bowen E (2012) Partner violence against heterosexual and gay men: prevalence and correlates. *Aggress Violent Behav* 17: 36–52. doi: 10.1016/j.avb.2011.09.005

12. Owen SS, Burke TW (2004) An exploration of prevalence of domestic violence in same-sex relationships. *Psychol Rep* 95: 129–132. doi: 10.2466/pr0.95.1.129-132

13. Barrett BJ, St. Pierre M (2013) Intimate partner violence reported by lesbian-, gay-, and bisexual-identified individuals living in Canada: an exploration of within-group variations. *J Gay Lesbian Soc Serv* 25: 1–23. doi: 10.1080/10538720.2013.751887

14. Chong ESK, Mak WWS, Kwong MMF (2013) Risk and protective factors of same-sex intimate partner violence in Hong Kong. *J Interpers Violence* 28: 1476–1497. doi: 10.1177/0886260512468229

15. Stanley JL, Bartholomew K, Taylor T, Oram D, Landolt M (2006) Intimate violence in male same-sex relationships. *J Fam Violence* 21: 31–42. doi: 10.1007/s10896-005-9008-9

16. Merrill GS, Wolfe VA (2000) Battered gay men: an exploration of abuse, help seeking, and why they stay. *J Homosex* 39: 1–30. doi: 10.1300/j082v39n02_01

17. Finneran C, Stephenson R (2013) Intimate partner violence among men who have sex with men. A systematic review. *Trauma Violence Abuse* 14: 168–185. doi: 10.1177/1524838012470034

18. Goldberg NG, Meyer IH (2013) Sexual orientation disparities in history of intimate partner violence: results from the California Health Interview Survey. *J Interpers Violence* 28: 1109–1118. doi: 10.1177/0886260512459384

19. Stephenson R, Finneran C (2013) The IPV-GBM scale: a new scale to measure intimate partner violence among gay and bisexual men. *PLoS ONE* 8: e62592. doi: 10.1371/journal.pone.0062592

20. Randle AA, Graham CA (2011) A review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men. *Psychol Men Masc* 12: 97–111. doi: 10.1037/a0021944

21. Robinson A, Rowland J (2007) What do men want? *Safe Domestic Abuse Q* 22: 4–76. London: Women's Aid.
22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PG (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med* 6: e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
23. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, et al. (2000) Meta-analysis of observational studies in epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA* 283: 2008–2012. doi: 10.1001/jama.283.15.2008
24. Zhang L, Qian H-z, Blevins ML, Yin L, Ruan Y, et al. (2011) Internet-based behavioral interventions for preventing HIV infection in men who have sex with men (MSM). *Cochrane Database Syst Rev* 2011: CD009525 doi:10.1002/14651858.CD009525.
25. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, et al. (2009) Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD005043 doi:10.1002/14651858.CD005043.pub2.
26. Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, et al. (2008) Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD001230 doi:10.1002/14651858.CD001230.pub2.
27. Coulthard P, Yong SL, Adamson L, Warburton A, Worthington HV, et al. (2010) Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2010: CD004486 doi:10.1002/14651858.CD004486.pub3.
28. Relf MV (2001) Battering and HIV in men who have sex with men: a critique and synthesis of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care* 12: 41–48. doi: 10.1016/s1055-3290(06)60143-x
29. Murray CE, Mobley AJ, Buford AP, Seaman-DeJohn MM (2006) Same-sex intimate partner violence: dynamics, social context, and counseling implications. *J LGBT Issues Couns* 1: 7–30. doi: 10.1300/j462v01n04_03
30. McClennen JC (2005) Domestic violence between same-gender partners: recent findings and future research. *J Interpers Violence* 20: 149–154. doi: 10.1177/0886260504268762
31. Downs SH, Black N (1998) The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 52: 377–384. doi: 10.1136/jech.52.6.377
32. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, et al. (2007) The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 370: 1453–1457. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61602-x
33. StataCorp (2011) Stata statistical software: release 12 version [computer program]. College Station (Texas): StataCorp.
34. Alderson P, Green S, Higgins J (2004) *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 4.2.2 (updated March 2004). Oxford: Cochrane Collaboration.

35. Feldman MB, Diaz RM, Ream GL, El-Bassel N (2007) Intimate partner violence and HIV sexual risk behavior among Latino gay and bisexual men. *J LGBT Health Res* 3: 9–19. doi: 10.1300/j463v03n02_02
36. Zhang J, Kai FY (1998) What's the relative risk? *JAMA* 280: 1690–1691. doi: 10.1001/jama.280.19.1690
37. Higgins J, Thompson SG (2002) Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med* 21: 1539–1558. doi: 10.1002/sim.1186
38. Nicola O, Matteo B, Julian H, Iain B (2005) Heterogi: Stata module to quantify heterogeneity in a meta-analysis. S449201. Boston: Boston College Department of Economics.
39. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 6: e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
40. Cheng Y-J, Liu Z-H, Yao F-J, Zeng W-T, Zheng D-D, et al. (2013) Current and former smoking and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 10: e1001515. doi: 10.1371/journal.pmed.1001515
41. Palmer TM, Peters JL, Sutton AJ, Moreno SG (2008) Contour-enhanced funnel plots for meta-analysis. *Stata J* 8: 242–254.
42. Bartholomew K, Regan KV, Oram D, White MA (2008) Correlates of partner abuse in male same-sex relationships. *Violence Vict* 23: 344–360. doi: 10.1891/0886-6708.23.3.344
43. Stephenson R, de Voux A, Sullivan PS (2011) Intimate partner violence and sexual risk-taking among men who have sex with men in south africa. *West J Emerg Med* 12: 343–347.
44. Dunkle KL, Wong FY, Nehl EJ, Lin L, He N, et al. (2013) Male-on-male intimate partner violence and sexual risk behaviors among money boys and other men who have sex with men in shanghai, china. *Sex Transm Dis* 40: 362–365. doi: 10.1097/olq.0b013e318283d2af
45. Mustanski B, Newcomb ME, Clerkin EM (2011) Relationship characteristics and sexual risk-taking in young men who have sex with men. *Health Psychol* 30: 597–605. doi: 10.1037/a0023858
46. Dyer TP, Shoptaw S, Guadamuz TE, Plankey M, Kao U, et al. (2012) Application of syndemic theory to black men who have sex with men in the Multicenter AIDS Cohort Study. *J Urban Health* 89: 697–708. doi: 10.1007/s11524-012-9674-x
47. Greenwood GL, Relf MV, Huang B, Pollack LM, Canchola JA, et al. (2002) Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men. *Am J Public Health* 92: 1964–1969. doi: 10.2105/ajph.92.12.1964
48. Hughes T, McCabe SE, Wilsnack SC, West BT, Boyd CJ (2010) Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction* 105: 2130–2140. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03088.x
49. Kelly BC, Izienicki H, Bimbi DS, Parsons JT (2011) The intersection of mutual partner violence and substance use among urban gays, lesbians, and bisexuals. *Deviant Behav* 32: 379–404. doi: 10.1080/01639621003800158
50. Koblin BA, Torian L, Xu G, Guilin V, Makki H, et al. (2006) Violence and HIV-related risk among young men who have sex with men. *AIDS Care* 18: 961–967. doi: 10.1080/09540120500467182

51. Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, et al. (2003) Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *Am J Public Health* 93: 939–942. doi: 10.2105/ajph.93.6.939
52. Stephenson R, Khosropour C, Sullivan P (2010) Reporting of intimate partner violence among men who have sex with men in an online survey. *West J Emerg Med* 11: 242–246.
53. Wong CF, Weiss G, Ayala G, Kipke MD (2010) Harassment, discrimination, violence, and illicit drug use among young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 22: 286–298. doi: 10.1521/aeap.2010.22.4.286
54. Houston E, McKirnan DJ (2007) Intimate partner abuse among gay and bisexual men: risk correlates and health outcomes. *J Urban Health* 84: 681–690. doi: 10.1007/s11524-007-9188-0
55. Mustanski B, Garofalo R, Herrick A, Donenberg G (2007) Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men: preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Ann Behav Med* 34: 37–45. doi: 10.1007/bf02879919
56. Nieves-Rosa LE, Carballo-Diequez A, Dolezal C (2000) Domestic abuse and HIV-risk behavior in Latin American men who have sex with men in New York City. *J Gay Lesbian Soc Serv* 11: 77–90. doi: 10.1300/j041v11n01_04
57. Li Y, Baker JJ, Korostyshevskiy VR, Slack RS, Plankey MW (2012) The association of intimate partner violence, recreational drug use with HIV seroprevalence among msm. *AIDS Behav* 16: 491–498. doi: 10.1007/s10461-012-0157-6
58. Stephenson R, Rentsch C, Salazar LF, Sullivan PS (2011b) Dyadic characteristics and intimate partner violence among men who have sex with men. *West J Emerg Med* 12: 324–332.
59. Smith PH, Earp JA, DeVellis R (1994) Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. *Womens Health* 1: 273–288.
60. Welles SL, Corbin TJ, Rich JA, Reed E, Raj A (2011) Intimate partner violence among men having sex with men, women, or both: early-life sexual and physical abuse as antecedents. *J Community Health* 36: 477–485. doi: 10.1007/s10900-010-9331-9
61. Hayashino Y, Noguchi Y, Fukui T (2005) Systematic evaluation and comparison of statistical tests for publication bias. *J Epidemiol* 15: 235–243. doi: 10.2188/jea.15.235
62. Glasziou P, Irwig L, Bain C, Colditz G (2001) *Systematic reviews in health care: a practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
63. Valentine SE, Pantalone DW (2013) Correlates of perceptual and behavioral definitions of abuse in HIV-positive sexual minority men. *Psychol Trauma* 5: 417–425. doi: 10.1037/a0029094
64. UK Department of Health (2013) A framework for sexual health improvement in England. Available: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142592/9287-2900714-TSO-SexualHealthPolicyNW_Accessible.pdf. Accessed 9 November 2013.
65. Siemieniuk RAC, Miller P, Woodman K, Ko K, Krentz HB, et al. (2013) Prevalence, clinical associations, and impact of intimate partner violence among HIV-infected gay and bisexual men: a population-based study. *HIV Med* 14: 293–302. doi: 10.1111/hiv.12005

66. Ioannidis JP, Patsopoulos NA, Evangelou E (2007) Uncertainty in heterogeneity estimates in meta-analyses. *BMJ* 335: 914. doi: 10.1136/bmj.39343.408449.80
67. Donovan C, Hester M, Holmes J, McCarry M (2006) Comparing domestic abuse in same sex and heterosexual relationships. Available: <http://www.bris.ac.uk/sps/research/projects/completed/2006/rc1307/rc1307finalreport.pdf>. Sunderland (UK): University of Sunderland. Accessed 15 July 2013.
68. Stark E (2007) *Coercive control: how men entrap women in personal life*. Oxford: Oxford University Press.
69. Johnson MP, Leone JM (2005) The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence findings from the national violence against women survey. *J Fam Issues* 26: 322–349. doi: 10.1177/0192513x04270345
70. Parsons JT, Starks TJ, DuBois S, Grov C, Golub SA (2013) Alternatives to monogamy among gay male couples in a community survey: implications for mental health and sexual risk. *Arch Sex Behav* 42: 303–312. doi: 10.1007/s10508-011-9885-3
71. Parsons JT, Starks TJ, Gamarel KE, Grov C (2012) Non-monogamy and sexual relationship quality among same-sex male couples. *J Fam Psychol* 26: 669. doi: 10.1037/a0029561
72. Finneran C, Chard A, Sineath C, Sullivan P, Stephenson R (2012) Intimate partner violence and social pressure among gay men in six countries. *West J Emerg Med* 13: 260–271. doi: 10.5811/westjem.2012.3.11779
73. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C (2007) Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Med* 4: e339. doi: 10.1371/journal.pmed.0040339
74. Starks TJ, Grov C, Parsons JT (2013) Sexual compulsivity and interpersonal functioning: sexual relationship quality and sexual health in gay relationships. *Health Psychol* 32: 1047–1056. doi: 10.1037/a0030648
75. Grov C, Starks TJ, Rendina HJ, Parsons J (2012) Rules about casual sex partners, relationship satisfaction, and HIV risk in partnered gay and bisexual men. *J Sex Marital Ther E-pub ahead of print*. doi:10.1080/0092623X.2012.691948.
76. Bertone-Johnson ER, Whitcomb BW, Missmer SA, Karlson EW, Rich-Edwards JW (2012) Inflammation and early-life abuse in women. *Am J Prev Med* 43: 611–620. doi: 10.1016/j.amepre.2012.08.014
77. Out D, Hall RJ, Granger DA, Page GG, Woods SJ (2012) Assessing salivary C-reactive protein: longitudinal associations with systemic inflammation and cardiovascular disease risk in women exposed to intimate partner violence. *Brain Behav Immun* 26: 543–551. doi: 10.1016/j.bbi.2012.01.019
78. Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, Jordan P, et al. (2007) *A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary services at Guys and St Thomas NHS Foundation Trust*. London: Kings College London.

79. Torres-Vitolas C, Bacchus LJ, Aston G (2010) A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse. *Public Health* 124: 472–478. doi: 10.1016/j.puhe.2010.04.003
80. Wood S, Bellis MA, Watts C (2010) Intimate partner violence. A review of evidence for prevention from the UK Focal Point for Violence and Injury Prevention. Available: http://www.eviper.org.uk/downloads/intemate_partner.pdf. Accessed 8 January 2014.
81. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Domestic violence and abuse. Identification and prevention. London: National Institute for Health and Care Excellence. Available: <http://guidance.nice.org.uk/PHG/44#tab1>.

I Diritti Umani e l'Identità di Genere⁷⁸

Thomas Hammarberg, Commissario del Consiglio d'Europa per i Diritti Umani

Indice: 1.Introduzione; 2.I Diritti Umani Internazionali; 3.Questioni specifiche dei Diritti Umani; 3.1.L'identità di genere come motivo di discriminazione negli stati membri del Consiglio Europeo; 3.2.Il riconoscimento legale del genere preferito; 3.2.1. Condizioni per il cambiamento di sesso e di nome; 3.2.2. Conseguenze per la vita familiare; 3.3.Accesso all'assistenza sanitaria; 3.4.Accesso al Mercato del Lavoro; 3.5.Transfobia e violenza contro le persone transgender; 3.6.Rifugiati e Migranti Transgender; 4.Esempi positivi; 5.Raccomandazioni agli Stati membri del Consiglio Europeo; 6.Appendice: Mandato del Commissario per i Diritti Umani

Prefazione

Nella prima decada del nuovo millennio abbiamo osservato uno spostamento della percezione dei problemi delle persone trans. La prospettiva medico-psichiatrica, finora dominante, che definisce le persone trans come una deviazione dall'ordine binario del genere apparentemente naturale, e che come risultato le stigmatizza da un punto di vista sociale, è in procinto di essere messa in crisi da una nuova prospettiva. Questa nuova prospettiva parte dalla situazione sociale e legale delle persone trans, che è contrassegnata dalle violazioni dei loro diritti umani. La nuova prospettiva concepisce le persone trans come membri equivalenti della società in un contesto di universalità dei diritti umani.

L'Issue Paper "I Diritti Umani e l'Identità di Genere" del Commissario del Consiglio d'Europa per i Diritti Umani Thomas Hammarberg, con la traduzione in italiano che viene qui presentata, è un pilastro fondamentale di questa nuova prospettiva. Il Commissario per i Diritti Umani spiega, per esempio, che la patologizzazione delle persone trans può diventare un ostacolo per la realizzazione dei loro diritti umani. Attivisti trans internazionali hanno accolto questo documento come una pietra miliare durante una conferenza internazionale sui diritti umani che si è tenuta a Copenhagen nel luglio del 2009, quando l'articolo venne presentato per la prima volta. Il documento si conclude con un catalogo di dodici raccomandazioni agli Stati membri del Consiglio d'Europa. È importante notare come l'ottava raccomandazione, che richiede il coinvolgimento e la consultazione delle persone transgender e delle loro organizzazioni nei temi legali e politici in cui esse sono soggetto, è stata rispettata nella stesura di questo stesso articolo. Prima di scrivere questo articolo, Thomas Hammarberg ha invitato attivisti e attiviste trans da tutta Europa per discutere con loro la situazione delle persone trans in Europa.

⁷⁸ Pubblicazione per la serie "Transrespect versus Transphobia Worldwide" (TvT) , Vol. 4, www.transrespect-transphobia.org

Secondo Hammarberg, un ostacolo alla stesura dell'articolo é stata la scarsità di dati e di ricerche a proposito della situazione dei diritti umani delle persone trans. Questo punto deve essere considerato nel contesto della prospettiva medico-psichiatrica finora dominante. La dodicesima raccomandazione così richiede lo sviluppo di progetti di ricerca sulla situazione dei diritti umani delle persone transgender.

Il progetto di ricerca "Transrespect versus Transphobia Worldwide" della rete trans europea Transgender Europe (TGEU) é uno dei primi progetti di ricerca internazionali a occuparsi esclusivamente della situazione dei diritti umani delle persone transgender su una scala globale. Siamo molto felici di poter proseguire la serie di pubblicazioni di questo progetto con la pubblicazione del quarto volume, a seguito della traduzione in spagnolo (Vol. 1), la traduzione in tedesco (Vol. 2) e la traduzione in polacco (Vol. 3). La traduzione italiana é seguita dall'articolo originale in inglese.

Berlino, 21 Luglio 2011

Carsten Balzer, Jan S. Hutta e Andrea Mazzei

Introduzione

L'identità di genere é uno degli aspetti più importanti della vita. Il sesso di una persona viene solitamente assegnato alla nascita per quindi diventare un aspetto sia sociale che legale. Tuttavia un numero relativamente piccolo di persone non si riconosce come appartenente al sesso che viene loro assegnato. Questo può accadere a persone intersessuali, nel cui corpo sono presenti alcuni o molteplici aspetti sia della fisiologia maschile che di quella femminile, a volte anche nell'ambito dell'anatomia genitale. Per altre persone, i problemi sorgono poiché la percezione innata di se stessi non é conforme al sesso loro assegnato alla nascita. Queste persone vengono solitamente indicate come "transgender" o "transessuali". Questo articolo tratta di questo gruppo di persone.

I diritti umani delle persone transgender sono stati a lungo ignorati, anche se i problemi da loro incontrati sono spesso gravi e specifici di questo gruppo di persone. Le persone transgender vanno spesso incontro a discriminazioni, intolleranza e violenza diretta. I loro diritti umani di base vengono violati, incluso il diritto alla vita, il diritto all'integrità fisica e il diritto alla salute.

Anche se il numero di persone transgender appare piccolo, é necessario sottolineare che la comunità transgender é piuttosto diversificata. Della società transgender fanno parte persone transessuali ante- e post-operazione, ma anche coloro che scelgono di non sottoporsi a processi chirurgici, o non vi hanno accesso. Le persone transgender a volte si identificano come "female-to-male" (da femmina a maschio, FTM) o "male-to-female" (da maschio a femmina, MTF), possono essersi sottoposti/e o meno a terapie chirurgiche o ormonali. La comunità include altresì "cross-dresser", travestiti e altre persone che non rientrano nelle strette categorie "maschio" o "femmina". Esistono molteplici contesti legali che apparentemente si riferiscono unicamente a persone transessuali, escludendo quindi una parte non indifferente della comunità.

Per comprendere il concetto di "identità di genere" è importante distinguere le nozioni di "sesso" e "genere". Se il concetto di "sesso" si riferisce prevalentemente alle differenze biologiche tra uomini e donne, il concetto di "genere" include accanto agli elementi biologici gli aspetti sociali delle differenze tra i generi.

La nozione di "identità di genere" ci offre la possibilità di comprendere che esiste la possibilità che il sesso assegnato ad un neonato al momento della nascita non corrisponda con l'identità di genere innata che il bambino o la bambina svilupperà durante la crescita. L'identità di genere si riferisce all'esperienza del genere, esperienza che è profondamente sentita e individuale e che può corrispondere o meno al sesso assegnato alla nascita. Ciò include la percezione del proprio corpo e altre espressioni del genere come ad esempio il modo di vestirsi, di parlare o di comportarsi⁷⁹. La maggior parte delle persone legalmente definite come uomini o donne avranno un'identità di genere corrispondentemente maschile o femminile. Le persone transgender tuttavia non sviluppano tale corrispondenza nell'identità di genere, e possono esprimere il desiderio di cambiare il loro stato legale, sociale o fisico - totalmente o in parte - in modo che questo corrisponda alla loro identità di genere. La modifica dell'apparenza corporea o funzionale con mezzi di vestiario, mezzi medici o chirurgici o altro è spesso parte dell'esperienza personale del genere delle persone transgender.

La nozione di identità di genere, così come le forme dell'espressione del genere usate nella vita quotidiana, sono elementi importanti per comprendere quali problemi inerenti ai diritti umani vengono incontrati dalle persone transgender. Sfortunatamente alcuni contesti legali negli stati membri dell'Unione Europea catalogano l'identità di genere come appartenente all'orientamento sessuale. Ciò è inaccurato, in quanto l'identità di genere e l'orientamento sessuale sono concetti diversi. L'orientamento sessuale dovrebbe essere compreso come la capacità di ogni persona di sentire un'attrazione emozionale, affettiva o sessuale - o una relazione sessuale intima - verso altre persone appartenenti ad un genere diverso, allo stesso genere, o a più di un genere (eterosessualità, omosessualità o bisessualità)⁸⁰. A questo si aggiunge il fatto che una molteplicità di classificazioni mediche nazionali ed internazionali impongono una diagnosi di disordine mentale alle persone transgender. Queste diagnosi possono ostacolare l'accesso pieno ai diritti umani alle persone transgender, specialmente quando vengono applicate in modo da restringere la capacità legale di scelta di un trattamento medico.

Una grande sfida nella protezione dei diritti umani di ciascuno è l'applicazione di un approccio ai diritti umani consistente e non esclusivo di alcun gruppo di persone. È ovvio che molte persone transgender non godono appieno dei loro diritti fondamentali, sia ad un livello di garanzie legali

⁷⁹ Questa definizione viene qui riportata così come è usata nella "Yogyakarta Principles of the Application of International Human Rights Law" in rapporto all'orientamento sessuale e all'identità di genere -disponibile su www.yogyakar-tapprinciples.org.

⁸⁰ *ibid*

che nella vita quotidiana. Per questo motivo é necessario dare uno sguardo più approfondito alla loro situazione. Quest'articolo si pone come scopo la continuazione del discorso sui diritti umani delle persone transgender e di creare consapevolezza dei problemi incontrati dalle persone transgender.⁸¹ Quest'articolo vuole definire il contesto internazionale dei diritti umani in cui devono essere protetti i diritti delle persone transgender. Nella prossima sezione si descriveranno i problemi più importanti a proposito di tali diritti in relazione alle persone transgender, inclusi temi quali la discriminazione, l'intolleranza e la violenza a cui le persone transgender vanno incontro. L'articolo si chiude quindi con alcuni esempi positivi e una raccolta di raccomandazioni agli stati membri del Consiglio d'Europa.

Durante la stesura di quest'articolo si é incontrato un ostacolo nella mancanza di dati, ricerche e rapporti sul tema. L'informazione disponibile, per altro limitata, spesso si riferisce a paesi che sono stati membri dell'Unione Europea. la mancanza di dati provenienti da altri paesi é di per sé una prova della necessità di condurre ulteriori ricerche e raccolte d'informazioni. Per queste ragioni l'ufficio del Commissario dei Diritti umani ha dato inizio a uno studio comparativo in tutti gli stati membri del Consiglio d'Europa (inclusi i paesi non membri dell'Unione Europea) della situazione a proposito di omofobia, transfobia e discriminazione per motivi da ricondurre all'identità di genere o all'orientamento sessuale. Ciò nonostante, le ricerche attualmente disponibili indicano già una situazione sconcertante e invitano fortemente a prendere misure urgenti a proposito di questi temi.

2. Diritti Umani Internazionali

Il principio degli strumenti dei diritti umani internazionali é la protezione di chiunque, senza discriminazione alcuna. Nonostante il fatto che l'identità di genere o l'orientamento sessuale spesso non figurino nei trattati internazionali sui diritti umani, questi stessi trattati riguardano tutte le persone, grazie alle loro clausole aperte. Per quanto riguarda l'accordo delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, questa validità é stata recentemente confermata dalla Commissione delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali. La Commissione ha infatti stabilito che "tra i motivi proibiti di discriminazione viene riconosciuta anche l'identità di genere; per esempio persone transgender, transessuali o intersessuali spesso vanno incontro a serie violazioni dei diritti umani, come ad esempio intimidazioni a scuola o sul posto di lavoro".⁸² La Corte Europea per i Diritti Umani (ECtHR) applicando la Convenzione Europea sui Diritti Umani ha stabilito che gli stati devono dare la possibilità alle persone transgender di sottoporsi ad interventi chirurgici che abbiano lo scopo di riassegnare il genere e che questi interventi debbano essere coperti da assicurazioni sanitarie come trattamenti "necessari da un punto di vista medico".⁸³ La Corte ha altresì stabilito che gli stati debbano riconoscere il cambio di sesso nei

⁸¹ Vedi anche il Commissioner Viewpoint "Discrimination against transgender persons must no longer be tolerated", pubblicato il 5 Gennaio 2009.

⁸² Commissione ONU per i diritti economici, sociali e culturali, Commento Generico Nr. 20 sulla non-discriminazione.

⁸³ ECtHR, van Kück v. Germany, sentenza del 12 Giugno 2003.

documenti d'identità⁸⁴.

Altri strumenti, quali le Direttive Europee che applicano il principio di trattamento equanime tra uomo e donna per l'accesso e il rifornimento di beni e servizi, considerano esclusivamente liste chiuse di motivi di discriminazione e non includono l'identità di genere esplicitamente.⁸⁵

Ciò nonostante la Corte di giustizia dell'Unione europea (ECJ) ha stabilito esplicitamente nella causa *P v S e Cornwall County Council* che "la discriminazione sulla base (...) del cambiamento di genere di una persona" venga considerata come discriminazione sessuale. Questo è stato confermato e successivamente esteso nella giurisprudenza della ECJ.⁸⁶

Come dimostra la formulazione specifica della Corte di giustizia dell'Unione europea la "discriminazione sessuale" tuttavia è ristretta a persone transgender che "hanno l'intenzione di sottoporsi al riassegnamento del sesso, che vi si stiano sottoponendo o che vi si siano già sottoposti", persone il cui cambio di sesso dovrebbe essere riconosciuto dagli stati come conseguenza della legislazione della Corte Europea per i Diritti Umani.⁸⁷ La discriminazione sessuale non include le persone transgender "non operative". Questo gruppo non si sottopone al riassegnamento del sesso per libera scelta, per proprio bisogno di salute, o per la negazione all'accesso a qualsiasi trattamento, cosa comune in molti stati membri del Consiglio d'Europa.⁸⁸

Un rapporto recente dell'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA) stabilisce a proposito: "Non esiste alcun motivo per non estendere la protezione dalla discriminazione oltre queste persone, in modo da includere anche "cross dressers, travestiti, persone che vivono costantemente nel genere 'opposto' a quello indicato sul loro certificato di nascita senza essersi sottoposti/e ad interventi medici, così come a tutte quelle persone che semplicemente desiderano di presentare il proprio genere in modo differente".⁸⁹ Con lo scopo di superare questo limite, includendo quindi tutte le persone transessuali, esiste la possibilità di includere

⁸⁴ ECtHR, *B. v. France*, giudizio del 25 Marzo 1992 e *Christine Goodwin v. U.K.*, sentenza dell'11 Luglio 2002.

⁸⁵ La discriminazione sessuale è stata a lungo parte delle legislazioni rilevanti della Comunità Europea. Dal 1957 il Trattato Cee include una clausola che proibisce differenze tra i salari di uomini e donne. Tale clausola è stata rivista nel trattato di Amsterdam. Dal 1975 l'UE ha pubblicato diverse direttive sulla discriminazione tra sessi.

⁸⁶ ECJ, Caso C-13/94, sentenza *P. v. S. e Cornwall County Council* del 30 Aprile 1996, ECR [1996] I-2143, ECJ, Caso C-117/01, *K.B. v. National Health Service Pensions Agency, Secretary of State for Health*, sentenza del 7 Gennaio 2004, ECJ, Caso C-423/04, *Sarah Margaret Richards contro Secretary of State for Work and Pensions*, sentenza del 2 Aprile

2006. Per la spiegazione della natura progressiva delle sentenze vedi l'Agenzia dell'UE per i Diritti Fondamentali (FRA): *Omofobia, e discriminazione a causa dell'orientamento sessuale negli stati membri dell'Unione Europea*, Analisi Legale Parte I, p. 124.

⁸⁷ ECtHR, Sentenza *B. v. France* del 25 Marzo 1992 (Serie A nr. 232-C) (differenziando i giudizi *Rees e Cossey*); *Sheffield e*

Horsham v. il Regno Unito - Sentenza dell'11 Luglio 1998; *Christine Goodwin v. UK*, Appl. nr. 28957/95, Sentenza dell'11

Luglio 2002; *Grant v. UK*, Appl. nr. 32570/03, sentenza del 23 Maggio 2006.

⁸⁸ Si stima che solo il 10% di tutte le persone transgender decide o ha la possibilità di sottoporsi a interventi chirurgici con lo scopo di riassegnare il genere.

⁸⁹ Agenzia Europea per i Diritti Fondamentali, *Omofobia e Discriminazione a causa dell'orientamento sessuale negli stati membri dell'Unione Europea*, Analisi legale Parte I, p. 126.

esplicitamente "l'identità di genere" come motivo di discriminazione nelle direttive future dell'Unione Europea tramite la recensione delle Direttive di Genere dell'UE nel 2010.⁹⁰

Anche l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite si è espresso a favore del riconoscimento dell'identità di genere come uno dei motivi per la protezione universale contro le discriminazioni: "Né l'esistenza di leggi nazionali, né la prevalenza negli usi e costumi possono giustificare in alcun modo l'abuso, le aggressioni, la tortura fino alle uccisioni di gay, lesbiche, bisessuali, o transgender a causa del loro essere, o per quello che sono percepiti essere. La violenza sulle persone LGBT infatti spesso non viene denunciata, o documentata, a causa dello stigma che circonda l'orientamento sessuale e l'identità di genere, restando così impunita. Un dibattito pubblico o indignazione nella società ne scaturiscono raramente. Questo silenzio vergognoso è un rifiuto estremo del principio fondamentale dell'universalità dei diritti".⁹¹

Anche Procedure Speciali dell'ONU e corpi di trattati hanno applicato questo approccio nel loro lavoro. Il Relatore Apposito dell'ONU per esecuzioni extragiudiziali, sommarie o arbitrarie ha messo in evidenza diversi casi di assassini di persone transgender e il Relatore Apposito per la tortura ha riscontrato gravi abusi contro persone transgender nei rapporti di numerosi stati. La Commissione ONU contro la tortura ha affrontato esplicitamente il problema degli abusi ai attivisti/e transgender. L'Alto Commissariato per i Rifugiati inoltre ha messo in evidenza i problemi che le persone transgender incontrano nel fare richiesta d'asilo, o per essere riconosciuti/e come rifugiati/e, ad esempio nel momento in cui vengono richiesti di mostrare documenti d'identità, e il loro aspetto fisico non corrisponde al sesso indicato nel documento.⁹²

Nel 1989 l'Assemblea Parlamentare ha adottato una "Raccomandazione sulle condizioni delle persone transessuali".⁹³ Al momento all'interno dell'Assemblea della Commissione per gli Affari Legali e i Diritti Umani è in stesura un rapporto che tra l'altro si occuperà di discriminazione sulla base dell'identità di genere. Il Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa, nel rispondere a domande dell'Assemblea Parlamentare, ha già ricordato il principio di uguaglianza del godimento dei diritti umani indipendentemente da ogni aspetto quale l'identità di genere. Il 2 Luglio 2008

⁹⁰ Vedi le direttive del Consiglio Europeo 2004/113/EC del 13 Dicembre 2004 che applicano il principio di uguaglianza di trattamento di uomini e donne per l'accesso e il rifornimento di beni e di servizi, OJ L 373, 21.12.2004, p.37; e la Direttiva

2006/54/EC del Parlamento Europeo così come del Concilio Europeo del 5 Luglio 2006 sull'applicazione del principio di pari opportunità e parità di trattamento di uomini e donne in rapporto al lavoro e alle assunzioni (recast), OJ L 204 del

26. Luglio 2006, p. 23 (Recast Gender Directive).

⁹¹ Affermazione dell'Ufficio dell'Alto Commissariato per i Diritti Umani dell'ONU alla conferenza internazionale sui diritti umani LGBT, Montreal, 26 Luglio 2006, disponibile su www.unhcr.ch/hurricane.nsf/0/B91AE52651D33F0DC12571BE002F172C?opendocument.

⁹² Alto Commissariato per ONU per i Rifugiati, Nota d'orientamento UNHCR sulle rivendicazioni dei rifugiati in relazione all'orientamento sessuale e all'identità di genere, 21 Novembre 2008, disponibile su <http://www.unhcr.org/refworld/docid/48abd5660.html>.

⁹³ Raccomandazione 1117 (1989) sulla condizione di persone transessuali disponibile su <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta89/errec1117.htm>

inoltre il Consiglio dei Ministri ha deciso di rafforzare le azioni di lotta alla discriminazione a causa dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. Il risultato consiste nella creazione di un gruppo internazionale di esperti con il compito di preparare una raccomandazione per i 47 Stati membri del Consiglio Europeo. Nel 1989 il Parlamento Europeo ha pubblicato una Risoluzione sulla Discriminazione contro le persone transessuali.⁹⁴ La risoluzione incita gli stati membri dell'Unione Europea a prendere l'iniziativa per proteggere le persone transessuali e approvare una legislazione per favorire la fine della discriminazione. In alcune risoluzioni più generiche nel 2006 e nel 2007 la situazione delle persone transgender ha ricevuto anche l'attenzione del Parlamento Europeo.⁹⁵

In uno sforzo internazionale su grande scala per promuovere standard internazionali a proposito di orientamento sessuale e d'identità di genere un gruppo di esperti specializzati nelle leggi internazionali sui diritti umani ha pubblicato nel 2007 i "Principi di Yogyakarta sull'applicazione delle leggi dei diritti umani in relazione all'orientamento sessuale e all'identità di genere". Seppure non ancora adottati come standard internazionali tali principi vengono già citati da istituzioni ONU o tribunali internazionali, mentre molti governi ne hanno fatto uno strumento guida per definire la loro politica in materia. Il Commissario per i diritti umani ha avallato i Principi di Yogyakarta, e li considera uno strumento fondamentale per identificare gli obblighi degli stati per rispettare, proteggere e adempiere i diritti umani di tutte le persone, indipendentemente dalla loro identità di genere.⁹⁶

Particolarmente importante è il Principio di Yogyakarta Numero 3: "Davanti alla legge, ognuno/a ha il diritto a essere riconosciuto/a ovunque come una persona. Persone con orientamento sessuale diverso, o diversa identità sessuale devono avere accesso alle funzioni legali in tutti gli aspetti della loro vita. L'orientamento sessuale o l'identità di genere che ogni persona stabilisce per se' è parte integrante della loro personalità e costituisce uno degli aspetti basilari dell'autodeterminazione, della dignità e della libertà. Nessuno e nessuna deve essere costretto/a a sottoporsi a trattamenti medici, inclusi interventi chirurgici di riassegnamento del sesso, sterilizzazione o terapie ormonali, come condizione per il riconoscimento legale della sua identità di genere. Nessuna condizione, come il matrimonio, la paternità o la maternità, può essere strumentalizzata per impedire il riconoscimento legale della loro identità di genere. Nessuna persona deve essere sottoposta a pressioni per nascondere, reprimere o negare il proprio

⁹⁴ Risoluzione del Parlamento Europeo del 12 Settembre 1989 sulla discriminazione di persone transessuali cf. la Raccomandazione 117 (1989) sulla condizione delle persone transessuali, disponibile su http://tsnews.at.infoseek.co.jp/europe-an_parliament_resolution890912.htm. (LINK LEADS TO JAPANESE SITE)

⁹⁵ Risoluzione del Parlamento Europeo sull'omofobia in Europa (2006), disponibile su www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=EN&reference=P6-TA-2006-0018; Risoluzione del Parlamento Europeo sull'omofobia in Europa (2007) disponibile su www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0167+0+DOC+XML+V=//EN

⁹⁶ "Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to sexual Orientation and Gender Identity, pp. 11-12.

orientamento sessuale o la propria identità di genere.”

2. Questioni specifiche dei diritti umani

3.1. L'identità di genere come motivo di discriminazione negli stati membri del Consiglio Europeo

La legislazione della maggior parte degli Stati membri del Consiglio d'Europa non copre esplicitamente la discriminazione basata sull'identità di genere.⁹⁷ L'Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea riporta che tredici Stati membri dell'UE trattano la discriminazione per motivi correlati all'identità di genere come una forma di discriminazione sessuale, due Stati membri la considerano - in maniera inaccurata - come discriminazione per motivi legati all'orientamento sessuale e in undici Stati membri non viene trattata né in un modo né nell'altro.⁹⁸ Questa situazione si traduce non solo in una situazione di incertezza legale per quanto riguarda la precisa protezione contro la discriminazione di persone transgender, ma anche in un livello di protezione molto più basso. Per i rimanenti venti Stati membri dell'Unione Europea queste informazioni non sono ancora state investigate in modo sistematico, anche se è lecito assumere, in base a rapporti ricevuti dal Committente, che l'identità di genere non sia esplicitamente definita come un motivo di discriminazione in alcuno di questi Stati.

L'assenza di un riconoscimento esplicito dell'identità di genere in legislature antidiscriminazione ha inoltre un impatto sulla sua inclusione nei lavori dei Corpi degli Organismi per la Parità e delle Strutture Nazionali per i Diritti Umani (SNDU). Solo pochi Organismi per la parità e SNDU incorporano veramente la discriminazione per l'identità di genere nei loro mandati o nei loro compiti. Inoltre in queste stesse organizzazioni spesso mancano le conoscenze e le competenze per far fronte alla discriminazione per l'identità di genere, ed esiste quindi la necessità di ulteriore formazione professionale prima di imbarcarsi in questo tipo di lavoro.

3.2. Il riconoscimento legale del genere preferito

L'Articolo 8 della Convenzione Europea stabilisce che “ogni persona ha il diritto al rispetto della sua vita privata e familiare, del suo domicilio e della sua corrispondenza”. La Corte Europea per i

⁹⁷ La Svezia proibisce discriminazioni a causa dell'identità o dell'espressione transgender” nel nuovo Atto per la Discriminazione entrato in vigore il 1 Gennaio 2009.

⁹⁸ Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FR A): Omofobia e discriminazione a causa dell'orientamento sessuale negli Stati membri dell'Unione europea, Parte I, Analisi Legale, p. 20.

diritti umani ha stabilito che il fallimento di uno Stato nel cambiare il sesso riportato nel certificato di nascita di una persona nel sesso preferito corrisponde ad una violazione di questo articolo.⁹⁹ Viene quindi richiesto agli Stati membri di riconoscere il cambio di genere di persone transessuali.

Una caratteristica comune alla maggior parte delle procedure per il cambio di genere, ammesso che esistano, è la combinazione di complicati requisiti medici e legali, in più con contorni spesso sfocati. Aspetti tipici di queste procedure sono inoltre lunghi processi di test psicologici, psichiatrici e fisici. Alcuni di questi test, come esami genitali da parte di psichiatri, confluiscono in un insieme che non rispetta nemmeno l'integrità fisica della persona. Spesso le persone transgender rinunciano del tutto alle procedure ufficiali a causa di processi medici discriminatori, trattamenti inappropriati, o semplicemente per il fatto che una sola tipologia di trattamento è disponibile. Per questo motivo vengono loro negati il genere e il nome preferiti, o un trattamento di riassegnazione del genere che vada incontro ai loro desideri e bisogni personali di salute. Per molte persone transgender negli stati membri del Concilio d'Europa quindi, nonostante un'ampia giurisprudenza a favore del riconoscimento, il riconoscimento legale rimane un processo alquanto impegnativo.

3.2.1. Condizioni per il cambiamento di sesso e di nome

Per una persona transgender l'accesso alle procedure per cambiare il proprio sesso o il nome nei documenti d'identità è un fattore vitale per vivere in armonia con la propria identità di genere. Infatti la possibilità di vivere nel genere preferito e di venir legalmente riconosciuto come tale è precondizionata dai documenti d'identità che vengono usati per la vita quotidiana, per esempio nel momento in cui si usa un documento della mutua, la patente, un certificato scolastico per un colloquio lavorativo. I lunghi processi burocratici pre il riconoscimento del sesso e del cambiamento del nome spesso hanno come effetto di impedire di viaggiare con documenti validi, a volte addirittura di andare a trovare per il fine settimana parenti negli stati confinanti. Si arriva anche a restrizioni per la partecipazione all'istruzione o a impieghi lavorativi, ogni volta che un certificato di nascita è necessario o il sesso è indicato sul documento d'identità. Questo può voler dire che alle persone transgender senza i documenti corretti è impedita una partecipazione significativa al mondo del lavoro, con conseguente disoccupazione.

È necessario fare una distinzione tra le procedure necessarie per la modifica del nome proprio e quelle per la modifica del sesso. Tuttavia, i due processi spesso richiedono che la persona in questione debba innanzitutto essere considerata come ammissibile alla procedura dalle istituzioni mediche. A questo punto bisogna sottolineare che le condizioni di accessibilità al cambio di sesso

⁹⁹ Vedi Eur. Ct. HR, B. c Francia, sentenza del 25 marzo 1992 (Seria A nr. 232-C) (con la distinzione tra le sentenze Rees e Cossey), Eur. Ct. HR, Sheffield e Horsham c il Regno Unito, sentenza del 30 Luglio 1998, Eur. Ct. HR, Christine Goodwin c il Regno Unito, Appl. nr. 28957/95, Sentenza dell'11 Luglio 2002. Eur. Ct. HR (quarta sezione), Grant c il Regno Unito, Appl. nr. 32570/03, sentenza del 23 Maggio 2006.

nei documenti sono alquanto differenti nei diversi paesi Europei. Grossolanamente si possono distinguere tre categorie di Stati. Nella prima categoria, non ci sono alcune disposizioni per un riconoscimento ufficiale. Come messo in evidenza precedentemente, questa é una chiara violazione alla giurisprudenza del Tribunale Europeo per i Diritti Umani.¹⁰⁰ In una seconda, minore, categoria di Stati non esistono requisiti per sottoporsi a terapie ormonali o chirurgiche di qualsiasi tipo per ottenere il riconoscimento ufficiale del genere preferito. Il riconoscimento legale del genere é possibile mostrando le prove di disforia di genere¹⁰¹ all'autorità competente, come ad esempio il Ministero della Salute (in Ungheria), La Giuria per la Riassegnazione di Genere (nel Regno Unito) o un dottore o uno psicologo clinico. Nella terza categoria di Stati, che include la maggior parte degli stati membri del Concilio d'Europa, la persona deve dimostrare:

1. di aver seguito un procedimento di riassegnazione del genere sotto supervisione medica - cosa spesso limitata a precisi dottori o istituzioni apposite;
2. di essere stato/a sterilizzato/a in modo irreversibile e
3. di aver seguito altre terapie mediche, come ad esempio una terapia ormonale.¹⁰²

Questi requisiti sono evidentemente in contrasto con il rispetto per l'integrità fisica della persona. Esigere la sterilità o altri interventi chirurgici come prerequisito al pieno godimento del riconoscimento legale del genere preferito ignora il fatto che sebbene tali operazioni siano spesso desiderate da persone transgender, ciò non vale per tutte loro. Inoltre interventi chirurgici di questo tipo non sono sempre disponibili, o possibili da un punto di vista medico o economicamente accessibili senza un'assicurazione sanitaria adeguata. La terapia potrebbe non essere in linea con i desideri o i bisogni del/la paziente, o non venire prescritta dal medico specialista in carica. Eppure il riconoscimento legale dell'identità di genere preferita dalla persona é reso impossibile senza queste terapie, collocando così le persone transgender in un limbo da quale sembra non vi sia uscita. È importante notare che le persone transgender in Europa rappresentano l'unico gruppo a cui venga imposta dallo Stato, in maniera del tutto legale, la sterilizzazione.

Sembra necessario sottolineare che molte persone transgender, e probabilmente la maggior parte delle persone transessuali tra loro, scelgano di sottoporsi a queste terapie e interventi che spesso includono l'eliminazione degli organi procreativi. Queste terapie spesso vengono desiderate come una necessità di base da parte di questo gruppo. Tuttavia, una terapia medica deve sempre essere prescritta nel rispetto dell'interesse dell'individuo e adattata a suoi bisogni specifici e alla sua situazione. La prescrizione da parte dello Stato di terapie secondo il principio

¹⁰⁰ Vedi Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Umani (FR A), Omofobia e Discriminazione a causa dell'orientamento sessuale negli Stati membri dell'Unione Europea, Analisi Legale Parte I, pp. 131 - 133.

¹⁰¹ Questo è il fenomeno che mette in evidenza l'infelicità che una persona prova nel dover vivere nel genere che le é stato assegnato alla nascita. Vedi il paragrafo 3.3 per spiegazioni più dettagliate.

¹⁰² Inoltre é possibile che le persone debbano dimostrare di aver vissuto per un lungo periodo nel genere desiderato - cosa che viene chiamata "esperienza di vita reale". Questa "esperienza di vita reale", insieme alle terapie ormonali e agli interventi chirurgici per la riassegnazione del genere formano le cosiddetta "terapia triadica" spesso in atto negli Stati Membri come requisito per il riconoscimento del nuovo genere.

“una terapia é valida per tutti/e” é sproporzionata. Nella prospettiva dei Diritti Umani in questo contesto il problema fondamentale é capire fino a che limite una tale interferenza dello Stato nella vita privata delle persone sia giustificabile, e se la sterilizzazione o altri interventi medici siano necessari per classificare un individuo come appartenente ad un sesso o ad un altro.

Ci sono due importanti sentenze a sostegno di questa prospettiva. Il 27 Febbraio 2009 l'Alto Tribunale Amministrativo Austriaco ha sentenziato che una chirurgia obbligatoria non é necessaria per il cambio di genere e di nome.¹⁰³ Una donna transgender, che si era già sottoposta a tutti i cambiamenti a parte la chirurgia genitale, eppure viveva come donna in tutte le relazioni sociali, poté dimostrare al tribunale che non le sarebbe stato possibile, a cause della sua situazione lavorativa, prendere un periodo di malattia di diversi mesi necessario per l'operazione e che non poteva provare la sua famiglia del sostegno finanziario. Questo portò il tribunale a mettere in evidenza che il legislatore dovesse abolire il requisito originale. Infatti il tribunale non trovò alcuna prova a sostegno della necessità della chirurgia genitale in merito al caso di questa donna transgender. In Germania, il Tribunale Supremo Federale ha indicato in una sentenza che “un intervento chirurgico come prerequisito per il cambiamento di genere viene indicato dagli esperti sempre più spesso come problematico o non più sostenibile”.¹⁰⁴

Il punto fondamentale é che non esiste alcun bisogno intrinseco a sostegno dell'applicazione di un insieme di provvedimenti chirurgici per classificare un individuo come avente diritto al cambiamento di sesso. Ragionamenti simili appaiono nella Legge Spagnola “Identidad de Género” e nel “Gender Recognition Act” nel Regno Unito.¹⁰⁵ Entrambe le leggi hanno riconosciuto che il presunto disagio della maggioranza con la procreazione delle persone transgender - cosa estremamente rara a cause delle terapie ormonali e del desiderio della maggior parte degli individui in questione - non giustifica che uno Stato venga meno al proprio obbligo di salvaguardare l'integrità fisica di ogni individuo. Stati che impongono procedimenti chirurgici invasivi alle persone transgender indeboliscono effettivamente il loro diritto a fondare una famiglia.

Per quanto riguarda le condizioni necessarie alla modifica del nome proprio si riscontra uno schema simile al quello per il cambiamento di genere appena descritto. Il processo può essere semplice, o richiedere procedure lunghe e/o costose, interventi medici, o può addirittura essere negato del tutto. In alcuni Stati il nome può essere cambiato solo a condizione che la persona in questione si sia sottoposta ad una riassegnazione (completa) del genere, incluse chirurgie genitali non accessibili o non desiderate dalla persona per un numero diverso di motivi. In altri Stati

¹⁰³ Dopo una sentenza negativa della corte costituzionale (VfGH 29.09.2008, B 411/08, B 412/08), l'Alto tribunale Amministrativo ha reso possibile il cambio legale nel 2009 (VwGH 27.2.2009).

¹⁰⁴ BVerfG, 1 BvL 3/03 (6 Dicembre 2005).

¹⁰⁵ Vedi: per la Spagna Raquel Platero, Open Forum sulla Spagna: “Outstanding challenges in a post-equality era: The same-sex marriage and gender identity laws in Spain, University of Madrid (2008); per il Regno Unito: http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2004/ukpga_20040007_en_1.

questo genere di attestati non è richiesto ma in compenso, o in più, le persone devono avere una diagnosi di disforia di genere ed essersi sottoposte per due anni ad un trattamento ormonale per ottenere un cambiamento del nome. La conseguenza è che alle persone transgender viene effettivamente impedito, per molti anni, di partecipare in modo pieno e significativo alla società, di ricevere un'istruzione o di avere un lavoro, in quanto esse incontrano continuamente problemi per dover spiegare la loro identità. L'ufficio del Commissario ha ricevuto un numero preoccupante di rapporti di persone transgender che, a conseguenza della mancanza di documenti adatti, sono andate incontro a discriminazione o a esclusioni. Inoltre è cruciale sottolineare che, anche qualora una persona abbia ottenuto un riconoscimento legale del nuovo genere, ci sono ancora molti problemi pratici nell'incontro con le istituzioni, ad esempio ospedali, stazioni di polizia o prigioni.

3.2.2. Conseguenze per la vita familiare

In alcuni Stati esistono leggi che impongono il divorzio ad una persona transgender che sia legalmente sposata - con un partner dello stesso sesso o di un altro sesso - prima che il nuovo genere possa essere riconosciuto. Ciò è particolarmente problematico soprattutto negli Stati che non riconoscono unioni tra partner dello stesso sesso, dove un cambiamento di sesso della persona transgender potrebbe portare ad un'unione tra due persone dello stesso sesso. Dato che il matrimonio tra partner dello stesso sesso è legalmente riconosciuto solo da cinque stati del Concilio d'Europa,¹⁰⁶ persone transgender sposate spesso sono costrette a divorziare affinché il loro nuovo genere venga riconosciuto legalmente. In molti casi un divorzio forzato è contrario alla volontà esplicita della coppia sposata, che vuole continuare ad essere un'unità familiare riconosciuta legalmente, in modo particolare se sono presenti dei figli di cui prendersi cura.

Infatti un divorzio forzato può avere un impatto negativo sui bambini nel matrimonio. In diversi Stati il genitore o la genitrice che si è sottoposto o sottoposta al cambio di genere perderà i diritti di custodia dei figli. In altri Stati una legislazione ambigua si occupa solo marginalmente degli interessi dei figli.¹⁰⁷ Questo può apportare disagi come nel caso in cui entrambi i partner vogliono restare sposati/e, in modo che (per esempio) il partner maschile non transessuale non perda la custodia dei figli e possa continuare a ricevere i benefici statali in aggiunta al suo lavoro part-time, per poter continuare a sostenere la sua sposa disabile, e ora transessuale, nel prendersi cura dei figli comuni.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Belgio, Paesi Bassi, Spagna, Norvegia e Svezia

¹⁰⁷ Prof. Stephen Whittle OBE, Dr. Lewis Turner, Ryan Combs, Stephenne Rhodes - Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on The Transgender Experience of Health Care - 2008 -Transgender Europe and ILGA-Europe, pagine 22-23.

¹⁰⁸ Nello Stato in questione la custodia dei figli viene solitamente data alla madre, e le leggi sulla transessualità specificano che la relazione con i figli nati precedentemente al cambio di sesso resti quella del sesso registrato prima del cambiamento.

La Corte Costituzionale Austriaca ha garantito a una donna transessuale il diritto a poter cambiare il suo sesso in "femminile" e continuare a restare sposata a sua moglie. Il tribunale ha sentenziato che "il cambiamento del sesso in un certificato di nascita non può essere ostacolato da un matrimonio". La Corte Costituzionale Tedesca ha emesso una sentenza simile, obbligando legalmente il governo tedesco a modificare la legge entro Agosto 2009.¹⁰⁹ Le due sentenze richiamano lo Stato ad accettare che la protezione dell'individuo, senza eccezione alcuna, da un divorzio imposto dallo Stato stesso debba essere considerata come più importante dei rari casi in cui un cambiamento di sesso porta a matrimoni tra persone dello stesso sesso. Questo approccio è benvenuto, in quanto mette fine al divorzio forzato per le coppie sposate in cui un partner sia transgender.

3.3. Accesso all'assistenza sanitaria

Il diritto ai migliori standard sanitari possibile è garantito da numerosi trattati, tra cui il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali e la Carta Sociale Europea. Tuttavia, molte persone transgender hanno notevoli problemi nel raggiungere questi standard. Il Transgender EuroStudy mette in mostra in maniera preoccupante l'esperienza delle persone transgender in Europa in rapporto a disuguaglianza e discriminazione nell'accedere all'assistenza sanitaria.¹¹⁰

Il primo aspetto da considerare nella discussione sull'assistenza sanitaria per le persone transgender è l'esistenza di classificazioni mediche nazionali e internazionali che definiscono la transessualità come un disordine mentale. Al momento si sono stabiliti due sistemi internazionali che definiscono le malattie mentali: il "Manuale di Diagnostica e Statistica delle Malattie Mentali" (DSM), che include il termine "disordine d'identità di genere" per descrivere il disordine mentale delle persone che si sentono fortemente disforiche nel loro genere, e cioè che sono scontente con il sesso biologico loro assegnato alla nascita.¹¹¹

Il secondo sistema della Organizzazione Mondiale per la Sanità nella "classificazione statistica internazionale delle malattie e dei corrispondenti problemi di salute" (ICD) cataloga la transessualità come un disordine mentale e comportamentale. È importante sottolineare che le persone transgender vengono in questo modo etichettate come persone con un disordine mentale.¹¹²

¹⁰⁹ Corte Costituzionale Austriaca, BVerfG, 1 BvL 1/04 (18 Luglio 2006); Corte Costituzionale Tedesca, BVerfG, 1 BvL 10/05 (27 Maggio 2008).

¹¹⁰ Prof. Stephen Whittle OBE, Dr. Lewis Turner, Ryan Combs, Stephenne Rhodes - Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on The Transgender Experience of Health Care - 2008 -- Transgender Europe and ILGA-Europe.

¹¹¹ Il DSM, IV Edizione, distingue nel capitolo "disordini dell'identità sessuale e di genere" tra "disordine dell'identità di genere in adolescenti e adulti" (categoria 302.85) e "disordine dell'identità di genere nei bambini" (categoria 302.6). Vedi www.icd9data.com/2009/Volume1/290-319/300-316/302/302.85.htm

¹¹² L'ICD è visibile su www.who.int/classifications/icd/en. La transessualità è trattata nel quinto capitolo (Disordini Mentali e di Comportamento), categoria F64.

Dato che il DSM e l'ICD spesso vengono riflessi dalle classificazioni mediche nazionali dei paesi europei, queste classificazioni sono utilizzate spesso per la diagnosi delle persone transgender negli Stati membri del Consiglio d'Europa.

Queste classificazioni tuttavia sono problematiche e spesso vengono messe in discussione dai principali attori della società civile¹¹³ e dai professionisti del settore medico e sanitario.¹¹⁴

Queste classificazioni possono divenire un ostacolo per le persone transgender nel godere appieno dei diritti umani, specialmente quando sono applicate in modo da limitare la capacità legale o la scelta di terapie mediche. Bisogna però anche sottolineare che questa problematica rappresenta un punto di divisione anche all'interno del movimento transgender stesso. Molte persone transgender si sentono minacciate da una possibile modifica delle classificazioni perché temono che si vada a finire con ulteriori restrizioni nell'accesso alle cure mediche per transgender. Queste persone prendono in considerazione il fatto che il sistema sanitario ha bisogno di una diagnosi per "giustificare" un trattamento medico o psicologico, e quindi è necessario avere una diagnosi per assicurare l'accesso alle cure. Altri, tuttavia, sostengono che una diagnosi di disordine mentale stigmatizzi gli individui nella società e li renda oggetti da medicina, piuttosto che soggetti responsabili per esprimere i loro bisogni sulla propria salute. Una classificazione alternativa deve a questo punto essere esplorata, in stretta cooperazione con persone transgender e le loro organizzazioni.¹¹⁵ Nella prospettiva dei diritti umani e dell'assistenza sanitaria non c'è alcun motivo per diagnosticare un disturbo mentale per dare accesso a terapie per una condizione che ha bisogno di cure mediche.

Il secondo aspetto nel discutere l'assistenza sanitaria è l'accesso a terapie per il riassegnamento del sesso, di solito accessibile solo dopo che si hanno compiuti i diciotto anni. Tuttavia in alcuni Stati, come ad esempio l'Olanda, la gioventù transgender può cominciare una terapia per ritardare la pubertà e ricevere una consulenza, in modo da avere la possibilità di prendere una decisione sulla loro identità di genere futura dopo aver avuto le informazioni necessarie. Raggiunta la maggiore età si può procedere a terapie di riassegnamento del sesso, se ancora lo si vuole. Di recente altri Stati, per esempio il Belgio e la Germania, hanno iniziato a mettere a disposizione terapie simili anche per minori. Il Tribunale Europeo dei Diritti Umani ha stabilito che è un dovere positivo degli Stati rendere possibile l'accesso a interventi chirurgici con lo scopo di

¹¹³ "Statement on the Reform to the DSM", Transgender Europe (TGEU), 2 Novembre 2008. TGEU è una rete europea di persone e di gruppi transgender.

¹¹⁴ Molti professionisti specializzati del settore sanitario sottolineano come le terapie consistano in primo luogo nell'apportare modificazioni fisiche, affinché il corpo sia in armonia con la psiche, anziché il contrario. Questa linea è seguita anche dal WPATH, l'Associazione Professionista mondiale per la salute delle persone transgender. Tuttavia, la WPATH non ha ancora aggiornato i suoi Standard delle Cure dal 2001, e include la transessualità tra le malattie mentali, anche se una modifica di questo punto è attualmente in discussione.

¹¹⁵ Un'opportunità per cambiare il DSM si offre proprio in questo momento, in quanto il catalogo si trova in revisione. Il gruppo di lavoro responsabile per la revisione del DSM prevede di pubblicare nel 2012 il DSM-V. A questo scopo vedi anche la pubblicazione congiunta del 28 Maggio 2008 dell'Organizzazione americana "Center for Transgender Equality NCTE", il "Transgender Law and Policy Institute (TLPI)", il "Transgender Law Center (TLC)" e il "Transgender Youth Family Allies".

riassegnare il genere. A seconda del desiderio individuale della persona transgender, questa deve quindi avere accesso a terapie ormonali, operazioni chirurgiche per la riassegnazione del sesso o altri interventi medici, come ad esempio la depilazione permanente e training per la voce. È importante capire che per la maggior parte delle persone questo tipo di trattamenti rappresenta una necessità medica per poter avere una vita degna. E le terapie, per avere risultati positivi, devono essere adattate ai bisogni personali.

La giurisprudenza del Tribunale Europeo dei Diritti Umani richiede che gli Stati non solo garantiscano la possibilità di sottoporsi a interventi chirurgici per il cambiamento di genere, ma anche che le assicurazioni sanitarie coprano le terapie mediche necessarie in generale, e gli interventi chirurgici per il riassegnamento del sesso sono parte di queste terapie generiche.¹¹⁶

In molti paesi persone transgender si sono appellate con successo a questa giurisprudenza, ad esempio in Lituania e in Belgio, ottenendo un allargamento della copertura della loro assicurazione sanitaria. Questo standard dovrebbe essere applicato in tutti gli Stati membri del Concilio d'Europa. Tuttavia, in un'inchiesta sull'esperienza con le assicurazioni sanitarie delle persone transgender nell'UE, il Transgender EuroStudy ha scoperto che all'80% delle persone transgender nell'Unione Europea vengono rifiutate le terapie ormonali, e all'86% vengono rifiutati finanziamenti pubblici per gli interventi chirurgici per il cambiamento del genere. Il risultato è che oltre il 50% delle persone transgender che si sottopongono a trattamenti chirurgici per cambiare il loro sesso di nascita pagano tutte le spese di tasca propria. Per quanto riguarda gli Stati non appartenenti al Concilio d'Europa le informazioni disponibili sono molto limitate. Apparentemente la maggior parte di questi Stati non fornisce finanziamenti pubblici per terapie di riassegnamento del sesso o mette a disposizione finanziamenti solo in maniera limitata. Questo è chiaramente in contrasto con gli standard stabiliti dal Tribunale Europeo dei Diritti Umani.

L'esperienza delle persone transgender nel sistema sanitario sono spesso negative: i professionisti del settore sono disinformati, prevenuti e a volte apertamente maleducati con i loro clienti, per esempio non utilizzando il genere da essi preferito.¹¹⁷ L'inchiesta citata in precedenza ha scoperto che solo il 30% degli intervistati e delle intervistate, nel chiedere assistenza o una visita specialistica, hanno trovato quello che l'inchiesta definiva il livello minimo accettabile di assistenza, ovvero un professionista volenteroso di aiutare, ma non fornito delle informazioni necessarie sull'assistenza sanitaria alle persone transgender. Un terzo degli intervistati ha riportato che le terapie richieste erano state loro negate perché il medico in questione disapprovava il cambiamento del genere.¹¹⁸

¹¹⁶ van Kück v. Germania (Applicazione nr. 35968/97) - paragrafi 47, 73 e 82; L. v. Lituania (Applicazione nr. 27527/03)-paragrafo 59 e 74.

¹¹⁷ Un altro esempio è il caso in cui un uomo transessuale venga ricoverato in ospedale per rimuovere gli organi genitali femminili interni, e viene internato nel settore femminile.

¹¹⁸ Transgender EuroStudy, Cit. pagina 55 e 58. Vedi anche la relazione di Bence Solymá (2005), "La Situazione delle Persone Transgender nel Sistema Sociale e Medico Ungherese" su Takács J. (ed.): *A lélek műtétei* (Surgery of the Soul), Budapest: Új Mandátum Kiadó.

A tutto questo si aggiunge che l'accesso a interventi chirurgici di riassegnamento del sesso é reso ancor più complicato dai cosiddetti "procedimenti" e dalle condizioni a riguardo dell'infanzia, dell'orientamento sessuale, o del gusto per i vestiti, cose alquanto discutibili. Esistono resoconti di persone transgender che sono state sottoposte ad esami degli organi genitali da parte di psichiatri, che sono state costrette a raccontare una storia preconfezionata sulla loro infanzia che viene accettata come l'unica possibile; a volte i loro bisogni vengono riconosciuti come genuini solo se nel loro passato vi é almeno un tentativo di suicidio documentato. Altre persone transgender sono state costrette ad adattarsi fino all'estremo a degli stereotipi del loro genere preferito per poter rientrare nei criteri stabiliti d'ammissione, arrivando al ridicolo nella loro vita quotidiana. Gli esempi a disposizione sono troppo numerosi per essere tutti riportati, ma si può affermare con una certa sicurezza che la maggioranza dei test e dei procedimenti nella maggior parte degli Stati di solito include aspetti che possono essere definiti almeno come incomprensibili.

Un terzo aspetto riguarda l'accesso all'assistenza sanitaria che non ha a che fare con temi relazionati all'essere transgender. L'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA) riporta che "un quarto delle persone intervistate nella relazione di EuroStudy ha riportato atteggiamenti ostili dai professionisti del settore medico a causa del loro essere transgender. Un quinto ha detto che l'essere transgender si ripercuote sul loro modo di avvicinarsi all'assistenza sanitaria. Il risultato é che molte persone transgender evitano il più possibile di visitare un medico per paura di comportamenti inadeguati".¹¹⁹ La relazione della FRA inoltre si riferisce agli Engendered Penalty Studies secondo cui il 29% delle persone intervistate trova che l'essere transgender influenza negativamente il modo in cui sono trattate dal personale medico.¹²⁰ Secondo una ricerca condotta in Irlanda il 26% delle persone transgender ha tentato di suicidarsi almeno una volta.¹²¹ Inoltre la metà delle persone transgender intervistate in uno studio su grande scala sulla situazione sanitaria delle persone LGBT in Svezia ha pensato seriamente a togliersi la vita almeno una volta nella loro vita, e il 21% di costoro lo ha realmente tentato.¹²²

¹¹⁹ Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali: "Omofobia e Discriminazione a casua dell'orientamento sessuale e dell' identità di genere negli Stati membri dell'UE: Parte II - La situazione sociale", p.122.

¹²⁰ Stephen Whittle, Lewis Turner, Maryam Al-Alami, Engendered Penalties: Transgender e Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination, disponibile su <http://www.pfc.org.uk/files/EngenderedPenalites.pdf>. Vedi anche Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali: "Omofobia e Discriminazione a casua dell'orientamento sessuale e dell' identità di genere negli Stati membri dell'UE: Parte II - La situazione sociale".

¹²¹ Vedi "Supporting LGBT Lives: A Study of the Mental Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People", pubblicato nel 2009. Le informazioni sui suicidi nella comunità transgender si trovano a pagina 95.

¹²² Statens Folkhälsoinstitut (2005): "Homosexuella, Bisexuella och transpersoners hälsosituation, Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer, Östersund: FHI, p. 21.

3.4. Accesso al Mercato del Lavoro

Il diritto al lavoro é un elemento fondamentale della Carta Sociale Europea, e include in diritto a godere di condizioni lavorative sicure e non dannose alla salute. Le persone transgender incontrano molti problemi nell'accesso e nel mantenimento di questo diritto.

Un impiego, e quindi l'avere a disposizione mezzi monetari, ha un'importanza cruciale per le persone transgender per avere accesso alle cure mediche. Avere un lavoro implica, nella maggior parte degli Stati membri del Consiglio d'Europa, anche avere un'assicurazione sanitaria che faciliti il rimborso delle spese mediche connesse all'essere transgender. Tuttavia le assicurazioni sanitarie non sempre coprono le spese per terapie ormonali o interventi chirurgici, e quindi gli introiti del lavoro rappresentano per le persone transgender l'unica fonte per poter pagare trattamenti medici specifici.

La disoccupazione é uno dei problemi principali per le persone transgender. L'Engendered Penalties study mostra che solo il 31% delle persone intervistate ha un lavoro a tempo pieno. I numeri esatti sono del 40% per le donne transgender, e del 36% per gli uomini transgender, mentre nella popolazione non transgender questi numeri sono il 57% delle donne e il 72% degli uomini. Una ricerca spagnola sulla disoccupazione delle persone transgender ha mostrato che il 54% delle persone intervistate era senza lavoro.¹²³ Alcune persone transgender disoccupate, in particolare donne transgender, non riuscendo a trovare un lavoro ripiegano sull'industria del sesso.

Le persone transgender che hanno un impiego invece vanno incontro a problemi sul posto di lavoro, in particolare bullismo da parte dei colleghi o il divieto di usare i bagni preferiti. Alcune persone sono costrette a dare le dimissioni, trovandosi sotto pressioni, prese in giro o insulti. La lungaggine e la quantità di tempo necessaria per essere riconosciuti/e dalla legge costringe molte persone transgender a condurre una doppia vita, o a informare il datore di lavoro delle proprie intenzioni di cambiare genere prima che sia il momento opportuno. Ci sono molti problemi pratici che influenzano la capacità di lavorare. Per esempio un contratto di lavoro può essere fatto ad un "uomo", mentre le disposizioni legali richiedono che una donna transgender si presenti al lavoro in vesti femminili. Questo vuol dire che la persona transgender non può decidere autonomamente quale sia il momento migliore per informare i colleghi e il datore di lavoro sulla sua identità di genere.

Le persone transgender che si sono sottoposte a interventi chirurgici spesso vengono ancora

¹²³ I dati sono forniti dall'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali, "Omofobia e Discriminazione a causa dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere negli Stati membri dell'Unione Europea: Parte II - La situazione Sociale" e Esteva, I et al. (2001), Ineguaglianze Sociali: Caratteristiche sociali dei pazienti trattati alla Prima Unità per Disordini da Identità di Genere in Spagna, Articolo presentato al XVII Simposio Internazionale sulla disforia di genere dell'Associazione Harry Benjamin, Galveston, Texas.

erroneamente appellate con il loro "vecchio" genere sui documenti per l'assistenza sociale, o dagli uffici del personale. C'è molto poco da fare se gli effetti di queste rivelazioni casuali sono negativi e le molestie sul posto di lavoro diventano insopportabili. L'Ufficio del Commissario ha ricevuto relazioni specifiche su discriminazioni persistenti e degradanti sul posto di lavoro, chiaramente in contrasto con il diritto a godere di condizioni lavorative sicure e non dannose alla salute e alla libertà dalla discriminazione sul posto di lavoro.

Le ricerche nel campo sono ancora limitate, ma le statistiche disponibili mettono in luce una situazione squallida. L'Engendered Penalties Study ha scoperto che il 23% delle persone intervistate aveva il bisogno di cambiare lavoro a cause delle discriminazioni a cui andavano incontro a proposito della loro identità di genere. Solo il 30% era trattato con dignità dai colleghi; il 10% è stato insultato/a verbalmente e il 6% aggredito/a fisicamente. Il 42% delle persone intervistate che non viveva nel proprio genere preferito, lo faceva per paura di perdere il lavoro.¹²⁴ In uno studio scozzese, il 37% delle persone intervistate viveva di sussidi.¹²⁵ Una ricerca in Finlandia ha dato risultati simili.¹²⁶ Il 77% degli impiegati e delle impiegate transgender non ha rivelato la propria identità di genere al datore di lavoro, e per circa il 50% questo era causa di stress.

Il bisogno per una legislazione anti-discriminazione nazionale in tutti gli Stati membri del Consiglio d'Europa, con l'inclusione dell'identità di genere come possibile origine di discriminazione sul mercato del lavoro è a questo punto evidente. È particolarmente importante affiancare le modifiche alle leggi anti-discriminazione a campagne informative per datori di lavoro, lavoratori e lavoratrici, in modo che le dimensioni e la serietà di questi problemi possano essere comprese. I datori di lavoro dovrebbero porre attenzione alla situazione delle persone transgender per garantire un clima lavorativo sicuro per tutti e per tutte. Misure transitorie speciali potrebbero essere necessarie per migliorare i regolamenti esistenti sul posto di lavoro, come ad esempio il codice di vestiario o l'uso dei bagni. Un altro aspetto importante è che le istituzioni scolastiche dovrebbero avere il compito di cambiare il nome e il sesso delle persone transgender sui certificati da loro ottenuti in passato. In questo modo le persone transgender possono continuare a profittare della loro formazione professionale e accademica. Ciò permetterebbe inoltre alle persone transgender di cercare un lavoro in un ambito coerente alla loro formazione piuttosto che far finta di non avere un'educazione.

Un ultimo problema a proposito dell'ambito lavorativo è la disparità nel ricevere la pensione. In alcuni Stati l'età per la pensione è di 65 anni per gli uomini e di 60 per le donne. Senza un

¹²⁴ S. Whittle, L. Turner, M. Al-Alami (2007) "Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People's Experience of Inequality and Discrimination"; Wetherby: The Equalities Review.

¹²⁵ Scottish Transgender Alliance (2008): Transgender Experience in Scotland - Research Summary, Edinburgh: Equality Network, p. 14.

¹²⁶ J. Lehtonen, K. Mustola (2004): "Straight people don't tell, do they...?" Negotiating the boundaries of sexuality and gender at work, Helsinki: Ministry of Labour

riconoscimento legale la pensione può venir negata alle donne transgender che abbiano raggiunto i 60 anni, pensione a cui avrebbero diritto se fossero state dichiarate donne alla nascita. Eppure molte donne transgender sono costrette a rinunciare al lavoro per non dover rivelare la loro identità a causa del fatto che non sono idonee a ricevere la pensione. Successivamente, anche dopo un riconoscimento legale, queste donne non ricevono una pensione retrodatata per il periodo in cui sono state costrette a vivere solo dei propri risparmi ed introiti. Nonostante argomentazioni legali schiaccianti a queste donne viene negato il diritto alla pensione, diritto di cui altre donne (nate tali) nel loro stesso paese usufruiscono senza discussioni, e ciò anche malgrado direttive esplicite della Corte di Giustizia Europea.¹²⁷ In altri Stati, dove una coppia è costretta a divorziare in modo che il partner transgender possa ricevere terapie di riassegnamento del sesso, o possa avere un riconoscimento legale, il partner rimasto vedovo o vedova non ha diritto a ricevere la pensione del coniuge. Una donna che sia stata casalinga per tutta la sua vita si troverà a non avere accesso alla pensione dello sposo in quanto la coppia era stata costretta a divorziare - contro la loro volontà - per permettere al coniuge di cambiare genere.

3.5. Transfobia e violenza contro le persone transgender

Gli articoli 2 e 5 dell'ECHR sanciscono il diritto alla vita e alla sicurezza per ogni persona. Ciò nonostante molte persone transgender vivono nella paura e vanno incontro a violenze nel corso della loro vita. Lo spettro delle violenze spazia da molestie, bullismo, abusi verbali, violenza fisica e sessuale, fino a crimini d'odio che risultano in assassini. La transfobia - intesa come la paura irrazionale delle persone transgender, l'ostilità verso di esse, o coloro che vivono trasgredendo le norme tradizionali del genere - può essere considerata essere una delle cause principali della violenza e dell'intolleranza a cui molte persone transgender vanno incontro. Alcune persone sembrano avere un problema semplicemente con l'esistenza di essere umani la cui espressione esteriore del genere non corrisponde al genere assegnato loro alla nascita. L'aggressività contro le persone transgender però non può essere giustificata come il risultato di ignoranza o mancanza di educazione.

L'Engendered Penalties Study ha scoperto che il 72% delle persone transgender (?) intervistate sono state molestate in pubblico. Il 46% ha affermato di essere stato oggetto di abusi nel proprio quartiere, e il 21% ha detto che evita di lasciare la propria abitazione. Secondo lo EuroStudy il 79% delle persone intervistate ha subito aggressioni verbali, comportamenti minacciosi, abusi fisici o sessuali in pubblico.

A scuola e negli ambienti familiari i bambini, i giovani e le giovani transgender spesso si trovano in ambienti poco sicuri, tra il bullismo a scuola o addirittura espulsioni dal nucleo familiare. Il

¹²⁷ CAso C-423/04, Sarah Margareth Richards v Secretary of State for Work and Pensions, sentenza del 27 Aprile 2007.

41% dei teenager FTM e il 16% delle teenager MTF sono stati oggetto di gravi insulti dalla loro famiglia, fino al punto che il 20% delle persone FTM sono state diseredate e totalmente escluse dalla famiglia.¹²⁸ Quando una persone in giovane età si accorge di identificarsi più con il genere opposto ed esprime il desiderio di diventare una ragazza o un ragazzo, ci sono molte poche giuste consulenze o reti di supporto per i giovani e le giovani transgender e i loro genitori. I bambini e i giovani transgender così hanno problemi a trovare informazioni, supporto o terapie. L'avere a disposizione queste informazioni e il giusto appoggio è nel migliore interesse dei bambini e dei giovani: il silenzio e l'ignoranza dei loro problemi porta solo all'esclusione, odio di sé, bullismo, fallimenti scolastici e un tasso di suicidi estremamente alto nella gioventù transgender. Ricerche francesi hanno mostrato che il 34% della gioventù transgender ha tentato il suicidio prima di avere accesso a informazioni e terapie. Nelle leggi internazionali per i diritti umani i bambini e le bambine transgender hanno il diritto all'accesso a informazioni appropriate, appoggi e protezione necessaria. Tutto questo è stato confermato dal Comitato per i Diritti dei bambini che ha raccomandato agli Stati di fornire "informazioni adeguato e appoggio (...) alle giovani persone transgender (...)".¹²⁹

Uomini e donne transgender corrono un grande rischio di diventare vittime di crimini d'odio e incidenti motivati dall'odio.¹³⁰ Un'autorevole relazione dell'OCSE afferma che: "Crimini d'odio e incidenti omofobi spesso sono connotati da un alto livello di crudeltà e brutalità. Spesso includono pestaggi, torture, mutilazioni, castrazione e addirittura assalti sessuali. Ci sono alte probabilità che risultino nella morte delle persone assalite. Le persone transgender sembrano essere più vulnerabili in questa categoria".¹³¹ Nonostante queste conclusioni, l'identità di genere non viene riconosciuta esplicitamente come possibile motivo d'influenza per crimini d'odio dalla maggior parte degli Stati membri del Concilio d'Europa. Una delle poche eccezioni è la proposta di legge scozzese sui crimini d'odio, recentemente adottata, in cui vengono menzionati in maniera esplicita i crimini d'odio transfobici. Inoltre non è chiaro se gli Stati, in alternativa, includono "l'identità di genere" nella categoria di "genere" o "sesso" nella loro legislazione sui crimini d'odio.

Il risultato è che la transfobia di solito non conta come aggravante per i crimini d'odio commessi contro le persone transgender, come si può vedere ad esempio nelle sentenze nei colpevoli degli

¹²⁸ S. Whittle, L. Turner, M. Al-Alami (2007) "Engendered Penalties: TRansgender and Transsexual People's Experiences of inequality and Discrimination", Wetherby: The Equality Review.

¹²⁹ Osservazioni finali sul Regno Unito d'Inghilterra e Irlanda del Nord, CRC/C/15/Add.188, 9 Ottobre 2002.

¹³⁰ Vedi ad esempio Y. Basaran, I. Aybasti e S. Cakmak (2009) " Problems of Transgender Women: A Survey conducted in Istanbul" (in pubblicazione) e il Progress Report della Turchia del 2008 della Commissione Europea, p 23.

¹³¹ OCSE/ODIHR (2007): "Hate Crimes in the OSCE Region: Incidents and Responses"; Relazione annuale per il 2006; Varsavia; OSCE/ODIHR, p. 53 e seguenti.

omicidi motivati dall'odio in Portogallo e in Turchia.¹³² La sola conclusione possibile quindi é che le persone transgender nella maggior parte degli Stati sono escluse da una protezione legale specifica, nonostante il loro rischio elevato di essere vittime di crimini motivati dall'odio.

A questo riguardo l'OSCE ha enfatizzato: "Con la condanna esplicita di questi pregiudizi, si manda il messaggio ai colpevoli che una società giusta e umana non tollera questi comportamenti. Riconoscendo i danni fatti alle loro vittime, si trasmette alle vittime stesse e alla loro comunità il messaggio che il sistema di giustizia penale le protegge".¹³³

Inoltre, la maggioranza degli Stati non registra o controlla i crimini d'odio o gli incidenti motivati dall'odio connesso alla transfobia. La polizia normalmente non dichiara nemmeno questi crimini. Anche questo fattore é stato notato dall'OSCE, che ha osservato come gli incidenti motivati dall'odio transfobico siano tra i più sotto-dichiarati e sotto-documentati. Una delle poche eccezioni é rappresentata dal Regno Unito, che segue una politica di documentazione della quantità di crimini d'odio commessi contro le persone transgender. Il Crime Prosecution Service in Inghilterra e in Galles ha sviluppato la politica e la pratica per cui vengono fatte investigazioni su ogni crimine di carattere transfobico¹³⁴ e in Irlanda del Nord i crimini d'odio appaiono nelle statistiche annuali dei crimini.¹³⁵

In pratica, le persone transgender spesso ricevono poca protezione dalle forze dell'ordine e spesso vengono ridicolizzate, molestate o semplicemente ignorate, nonostante gli obblighi degli Stati nella Convenzione Europea per i Diritti Umani di svolgere investigazioni su questi crimini e di portare i criminali davanti alla giustizia.

3.6. Rifugiati e Migranti Transgender

L'UNHCR ha confermato che la Convenzione delle Nazioni Unite in Rapporto allo Stato dei Rifugiati del 1959 comprende anche le richieste di asilo collegate all'identità di genere, purché i criteri della definizione del rifugiato siano soddisfatti.¹³⁶ La Convenzione considera le persone

¹³² Human Rights Watch, "We need a law for liberation - Gender, Sexuality and Human rights in a changing Turkey". OSCE/ODHIR (2007), hate Crimes in the OSCE Region: Incidents and Responses; Relazione Annuale per il 2006; Varsa- via: OSCE/ODHIR, p. 54.

¹³³ Hate Crime Laws: A practical Guide, p.7. Disponibile su http://www.osce.org/publications/odhir/2009/03/36671_1263_en.pdf.

¹³⁴ <http://www.cps.gov.uk/Publications/prosecution/homophobia.html> (26.10.2008).

¹³⁵ Statistiche PSNI (2008), Annual Statistical Report, Statistical Report Nr. 3; Hate Incidents & Crimes; 1 Aprile 2007 - 31 Marzo 2008; Belfast: PSNI; 2008.

¹³⁶ UN High Commissioner for Refugees, UNHCR Guidance Note on Refugee Claims Relating to Sexual Orientation and Gender Identity, 21 Novembre 2008. Questa Nota di Orientamento (Maggio 2002) é supplementare alle Linee Guida sulla Protezione Internazionale Nr. 1: "Gender Related Persecution Within the Context of Article 1A(2)" della convenzione del 1951 e/o la relazione del 1967 "Protocol Relating to the Status of Refugees". Entrambe le linee guida sono importanti per la valutazione delle richieste d'asilo avanzate da persone transgender.

transgender come membri di un "gruppo sociale particolare". Tuttavia nella maggior parte degli Stati membri del Concilio d'Europa le persone transgender non vengono definite esplicitamente come un "gruppo sociale" distinto, mentre altri membri come ad esempio la Francia e L'Austria hanno introdotto questa distinzione. In Svezia le persone transgender rientrano legalmente nella categoria "gender". Sarebbe un importante passo avanti se gli Stati membri citassero l'identità di genere esplicitamente come possibile motivo di persecuzione che richieda una protezione internazionale. Si può altresì argomentare che la definizione "gender-specific acts of persecution" usata nelle Direttive di Qualificazione Europee può venir compresa come inclusiva di gravi violazioni dei diritti umani e altri tipi di gravi danni a cui le persone transgender vanno incontro.

C'è la necessità di istruzioni pratiche sul come processare le richieste di asilo da persone che vengono perseguitate a causa della loro identità di genere. Tali istruzioni dovrebbero servire da guida agli ufficiali in carico delle richieste d'asilo per come condurre le interviste in modo sensibile al transgenderismo. Tali guide sono inoltre necessarie per le situazioni in cui una persone transgender arrivi con un documento d'identità che non indica il genere preferito.

Le persone transgender che hanno fatto richiesta d'asilo a volte incontrano problemi nei centri di accoglienza con altri richiedenti d'asilo (spesso provenienti dallo stesso Stato), andando così incontro a un rischio di nuovi traumi.¹³⁷ A volte le persone transgender non vengono assegnate ai quartieri maschili o femminili secondo il loro desiderio, creando così situazioni potenzialmente pericolose, incluso un rischio elevato di violenze sessuali, molestie e altri abusi. Nei centri di accoglienza è quindi necessario creare un ambiente atto ad evitare le molestie sulle persone transgender. Un altro esempio è la mancanza di cure mediche, cosa che può anche portare ad interruzioni delle terapie ormonali permanenti che alcune persone transgender necessitano.¹³⁸

4. Esempi positivi

La situazione dei diritti umani delle persone transgender in Europa non è buona. Tuttavia alcuni problemi sono stati riconosciuti e gli esempi positivi sono in aumento. In campo legale ci sono state Corti Costituzionali che hanno riconosciuto che le leggi nazionali violano i diritti umani delle persone transgender. Nel Regno Unito la "Gender recognition bill" può essere riconosciuta con un buon esempio, se si esclude l'obbligo a divorziare. È stata stesa con la partecipazione di

¹³⁷ Vedi ad esempio la ricerca condotta dal Helsinki Citizens Assembly e dal Organisation for Refugee, Asylum and Migration (OR AM): "Unsafe Heaven - the security challenges facing lesbian, gay, bisexual and transgender asylum seekers and refugee in Turkey" (2009).

¹³⁸ Problemi simili si riscontrano tra le persone transgender in prigione che vanno incontro a periodi privi di terapie ormonali. A lungo termine questa situazione può causare problemi di salute non indifferenti, come ad esempio osteoporosi in uomini transessuali, o cambiamenti fisiologici irreversibili come ad esempio calvizie per una donna transessuale. Le persone transessuali spesso vanno incontro a difficoltà nell'avere accesso a valutazioni, terapie ormonali, interventi chirurgici in quanto molte prigioni o sistemi di detenzione non hanno le infrastrutture per trattare con prigionieri transgender, o in altri casi

persone transgender e ha condotto ad un formato praticabile, eludendo violazioni come sterilizzazione forzata, condizioni per le terapie mediche o procedure esagerate.

Nel campo del mondo lavorativo alcuni sindacati hanno sviluppato linee guida per i datori di lavoro per proteggere le persone transgender sul lavoro, come in Olanda la ABVAKABO o nel Regno Unito il sindacato UNISON. A Torino é stato introdotto un programma per reintegrare le persone transgender nel mondo del lavoro dopo gli interventi chirurgici di riassegnamento del sesso.¹³⁹ Il programma offre uno studio specifico dei bisogni e delle abilità delle persone transgender e dà opzioni per lavori temporanei in diverse compagnie, con la possibilità di un contratto a tempo indeterminato a seguire.

Alcuni Stati hanno sviluppato centri medici di alta qualità che diano sostegni medici senza dover ricorrere a procedure di valutazione psichiatrica e dando un'assicurazione sanitaria che copre qualsiasi forma disponibile di interventi chirurgici per il riassegnamento del sesso e terapie ormonali.

Nel Regno Unito, in Germania e in Olanda ci sono gruppi di sostegno per bambini, teenager e i loro genitori che hanno domande a proposito dell'identità di genere. Il loro lavoro é di importanza cruciale. Tuttavia la quantità di questi servizi non é sufficiente, i fondi per i centri esistenti sono limitati, così che la maggior parte di essi é costantemente minacciata dal dover chiudere.

Alcune scuole e commissioni universitarie in Europa hanno riconosciuto la necessità di occuparsi con i problemi di bullismo ed emarginazione incontrati dalla gioventù transgender. Per esempio nel Regno Unito il "Government Department for Children, Schools and Families" sta collaborando con i maggiori gruppi di sostegno per le persone transgender per creare delle linee guida per le scuole a proposito del bullismo transfobico. Inoltre il "Centre for Excellence in Leadership" ha lavorato con gruppi per i Diritti delle persone transgender per pubblicare un corso di autoformazione sulle tematiche transgender per lo staff e i direttori nelle università e in altri istituti di istruzione superiore.¹⁴⁰ A proposito del problema dei certificati e dei documenti con il nuovo nome e sesso di una persone transgender l'Università di Torino emette la carte dello studente con il nome scelto anteposto al nome precedente al cambio legale, in modo da rendere la situazione più facile per le persone transgender.

Nel 2008 e nel 2009 si è dato inizio a ricerche a livello europeo sui diritti umani delle persone transgender. Alcuni Stati membri del Consiglio d'Europa hanno iniziato ricerche a livello nazionale sulla situazione delle persone transgender. La Commissione Europea pianifica di pubblicare nel 2009 una relazione sulla discriminazione delle persone transgender nella legislatura europea, in

¹³⁹ Quest' iniziativa ha visto la collaborazione di ONG, Centri di Disoccupazione e giunte cittadine.

¹⁴⁰ S. Whittle, L. Turner (2007) "Leading Trans Equality: A toolkit for Colleges", Lancaster: Centre for Excellence in Leadership", disponibile su http://services.pfc.org.uk/files/CEL_toolkit.pdf.

stesura in qualità di bozza dalla Rete Europea degli Esperti Legali sulla Non-Discriminazione. E si spera che l'anno 2010 porti a raccomandazioni solide da parte del Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa che includano, ad esempio, problematiche dei diritti umani specifiche dell'identità di genere.

In questo momento è necessario in particolare la promozione di un approccio collegato ai diritti umani alle sfide e problematiche a cui vanno incontro le persone transgender. Per questo ci vogliono campagne educative che promuovano il rispetto e la comprensione reciproca. La mancanza d'informazione sui problemi tipici delle persone transgender, il bullismo e la ridicolizzazione contro di loro devono essere affrontati. L'Ufficio del Commissario ha lanciato uno studio comparativo sulla situazione delle persone LGBT negli Stati membri del Consiglio d'Europa, e la discriminazione a cause dell'identità di genere avrà un ruolo di spicco in questa ricerca. I risultati dovrebbero apparire nell'autunno 2010. È importante che la discriminazione a causa dell'identità di genere sia affrontata dalle Strutture Nazionali per i Diritti Umani e dagli Equality Bodies. Un buon esempio al riguardo è la relazione del 2006 della Commissione Neozelandese per i Diritti Umani sulla discriminazione delle persone transgender.¹⁴¹ Nel 2008 anche l'Istituto Belga per la Parità tra Uomini e Donne ha lanciato uno studio sulla situazione delle persone transgender in Belgio. I risultati sono attesi per il 2009.

Sostenere le organizzazioni sociali civili che s'impegnano per i Diritti Umani delle persone transgender, a scala nazionale o Europea, è fondamentale affinché queste siano in grado di portare avanti le loro attività di lobby e di sostegno. Solo pochi governi, quali l'Olanda, la Norvegia e la Scozia, hanno finora dato finanziamenti a organizzazioni non governative transgender. Le giunte comunali di Vienna e Berlino hanno dato un sostegno monetario ai primi due Transgender Council europei nel 2005 e nel 2008, al momento l'unico forum specificamente per persone transgender a livello europeo.

Infine, vi è la necessità di collegare i diritti umani delle persone transgender a un insieme di altri dibattiti e tematiche: la violenza contro le donne, violenze domestiche, discriminazione multipla, diritti economici, culturali e sociali. Un buon esempio in proposito è il "Public Sector Gender Equality Duty" nel Regno Unito che richiede a tutte le autorità pubbliche di eliminare le discriminazioni non contemplate dalla legge e le molestie a causa del sesso, di promuovere l'uguaglianza delle opportunità tra uomini e donne "inclusi i transessuali di ambo i generi".¹⁴²

5. Raccomandazioni agli Stati membri del Consiglio Europeo

¹⁴¹ "To be who I am" - Relazione de "Inquiry into Discrimination faced by transgender people", disponibile su www.hrc.co.nz/hrc_new/hrc/cms/files/documents/21-Jan_2008_19-0312_Transgender:Final_2.pdf.

¹⁴² "Equality and Human Rights commission" (2008): Overview of the gender equality duty, Guidance for public bodies working in England, Wales and Scotland, disponibile su www.equalityhumanrights.com/.

Gli Stati membri del Consiglio d'Europa dovrebbero:

1. Applicare gli standard dei diritti umani internazionali senza discriminazioni, proibire esplicitamente le discriminazioni a causa dell'identità di genere nelle legislazioni nazionali antidiscriminazione. I Principi Yogyakarta sull'applicazione dei Diritti Umani internazionali in rapporto all'Orientamento Sessuale e all'identità di Genere dovrebbero essere utilizzati come guide per l'attuazione a livello nazionale in questo campo;
2. Realizzare una legislazione sui crimini d'odio che riguarda la protezione specifica per le persone transgender nei confronti di crimini transfobici e incidenti;
3. Sviluppare procedure snelle e trasparenti per modificare il nome e il sesso di una persona sul certificato di nascita, sui documenti d'identità, sul passaporto, sui certificati scolastici e altri documenti simili;
4. Abolire la sterilizzazione e altre terapie mediche obbligatorie, affinché questi elementi non compaiano più nelle leggi che regolano il riconoscimento legale del cambiamento del nome o del sesso o dell'identità di genere;
5. Rendere accessibili alle persone transgender le procedure di riassegnamento del sesso, ad esempio terapie ormonali, interventi chirurgici e sostegno psicologico, e assicurare che le spese siano rimborsate dalle assicurazioni sanitarie pubbliche;
6. Rimuovere qualsiasi restrizione per le persone transgender a conservare il loro stato civile di partner sposati o sposate in seguito ad un cambio di genere;
7. Preparare ed applicare politiche per combattere la discriminazione e l'esclusione incontrata dalle persone transgender sul mercato del lavoro, nell'educazione e nell'assistenza sanitaria;
8. Coinvolgere e consultare persone transgender e le loro organizzazioni per sviluppare e implementare politiche e misure legali che le riguardano;
9. Affrontare esplicitamente i diritti umani delle persone transgender e la discriminazione basata sull'identità di genere tramite educazione in merito ai diritti umani e programmi di formazione, o altresì campagne informative;
10. Fornire training ai professionisti del settore medico, inclusi psicologi, psichiatri e medici generici, nel rispetto dei bisogni e dei diritti delle persone transgender e delle necessità per rispettare la loro dignità;
11. Includere le problematiche riguardanti i diritti umani delle persone transgender con il fine di creare attività di strutture paritarie e strutture nazionali per i diritti umani;
12. Sviluppare progetti di ricerca per raccogliere e analizzare dati sulla situazione dei diritti umani delle persone transgender incluse le discriminazioni e le intolleranze che incontrano nel rispetto del diritto alla privacy delle persone in merito.

6. Appendice

Mandato del Commissario per i diritti umani

Il Commissario per i diritti umani é un istituzione indipendente nel Consiglio Europeo, che promuove la sensibilizzazione e il rispetto dei i diritti umani nei 47 Stati membri del Consiglio Europeo.

Il primo Commissario, Sig. Alvaro Gil-Robles, é stato in carica dal 15 ottobre 1999 e il 31Marzo 2006, mentre il Commissario attuale, Sig. Thomas Hammarberg, é entrato in servizio il 1 Aprile 2006.

Gli scopi fondamentali del Commissariato per i Diritti Umani sono:

- promuovere l'effettivo rispetto dei diritti umani e sostenere gli stati membri nell'attuazione dei parametri relativi ai diritti umani del Consiglio d'Europa
- promuovere l'educazione e la sensibilizzazione ai diritti umani negli stati membri del Consiglio d'Europa
- contribuire alla promozione effettiva e al pieno godimento dei diritti umani
- individuare eventuali carenze nel diritto e nella prassi in materia di diritti umani
- agevolare il lavoro delle organizzazioni mediatrici nazionali e delle altre strutture per i diritti umani
- favorire la comunicazione e l'informazione in materia di diritti umani nelle regioni

Il lavoro del Commissario si rivolge così alla promozione di riforme con lo scopo di raggiungere un significativo miglioramento nell'ambito della promozione e della tutela dei diritti umani. Il Commissario è un'istituzione senza poteri giurisdizionali e non gli spetta il compito di esaminare i ricorsi individuali, ma può trarre conclusioni e intraprendere ulteriori iniziative sulla base di informazioni attendibili nell'ambito delle violazioni dei diritti umani subite dai singoli individui.

Il Commissario coopera con un'ampia gamma di istituzioni nazionali ed internazionali e con i meccanismi di controllo dei diritti umani. I partner intergovernamentali più importanti includono le Nazioni Unite e i loro uffici specializzati, l'Unione Europea e l'OCSE. L'ufficio inoltre collabora strettamente con le più importanti ONG per i diritti umani, università e think tanks.



Questa rivista segue una politica di "open access" a tutti i suoi contenuti nella convinzione che un accesso libero e gratuito alla ricerca garantisca un maggiore scambio di saperi.

Presentando un articolo alla rivista l'autore accetta implicitamente la sua pubblicazione in base alla licenza Creative Commons Attribution 3.0 Unported License.

Tu sei libero di:

- **Condividere** - riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare questo materiale con qualsiasi mezzo e formato
- **Modificare** - remixare, trasformare il materiale e basarti su di esso per le tue opere
- per qualsiasi fine, anche commerciale.
- Il licenziante non può revocare questi diritti fintanto che tu rispetti i termini della licenza.

Ai seguenti termini:

- **Attribuzione** - Devi attribuire adeguatamente la paternità sul materiale, fornire un link alla licenza e indicare se sono state effettuate modifiche. Puoi realizzare questi termini in qualsiasi maniera ragionevolmente possibile, ma non in modo tale da suggerire che il licenziante avalli te o il modo in cui usi il materiale.
- **Divieto di restrizioni aggiuntive** - Non puoi applicare termini legali o misure tecnologiche che impongano ad altri soggetti dei vincoli giuridici su quanto la licenza consente loro di fare.



Questa rivista è pubblicata sotto licenza Creative Commons Attribution 3.0.
ISSN 2037-1195

Editore proprietario: Associazione "Psicologo di strada "
e-mail: rivistapsicodinamica.criminale@gmail.com