

INTRODUZIONE

Giuseppe Masullo*, Cirus Rinaldi**

Introduzione

La salute delle persone LGBTQAI+ è un campo d'indagine ancora largamente inesplorato, specialmente in Italia. Nonostante le difficoltà, i cambiamenti nelle rappresentazioni sociali e le faticose conquiste sul piano dei diritti civili, ancora scarso rimane l'interesse delle istituzioni del nostro Paese verso le fragilità psicologiche e sociali vissute dalle persone LGBTQAI+, aspetto, invece, che altrove ha trovato un'ampia trattazione (Smalley, Warren, Barefoot, 2018).

Secondo uno studio (Boehmer, 2002) il tema della salute delle persone LGBTQAI+ non solo è stato trascurato dalla ricerca sanitaria per molto tempo, ma è stato spesso associato alla questione delle malattie sessualmente trasmissibili. La ricerca ha continuato a muoversi all'interno di un paradigma che riconduce la salute di questa popolazione ai comportamenti sessuali all'interno di una cornice prettamente epidemiologica, tralasciando una vasta gamma di variabili altrettanto importanti. Oltretutto, se dagli Anni 70, si registra la comparsa di un nuovo paradigma medico di tipo bio-psico-sociale che inquadra i bisogni di salute del paziente nel contesto delle sue caratteristiche psicologiche e delle sue relazioni sociali, non si comprende perché, in particolar modo per le persone LGBTQAI+, l'attenzione resta confinata alla sessualità e spesso attraverso un approccio eccessivamente medicalizzato. I principali fattori di rischio, infatti, sono riscontrabili nei processi di invisibilizzazione sociale dovuti alla condizione di appartenenza a una minoranza sessuale, situazione che conduce la riflessione sulla salute da un'ottica esclusivamente medico sanitaria a quella più ampia che

DOI 10.3280/SES2022-002001

* Università di Salerno. gmasullo@unisa.it

** Università di Palermo. cirus.rinaldi@unipa.it

Salute e Società, XXI, 2/2022, ISSN 1723-9427, ISSNc 1972-4845

propone la riflessione sociologica che, al contrario, prende in esame quelle condizioni sociali e relazionali che fanno sì che “la sessualità” diventi una categoria attraverso la quale distinguere il “normale” dal “patologico” e dalla quale possono scaturire processi di stigmatizzazione e discriminazione. Lo spettro d’identificazione queer e trans costituisce un fattore che determina condizioni di disegualianza nei diversi ambiti di vita (lavoro, educazione, accesso ai servizi) rispetto alla popolazione più ampia, oltre che comprendere come l’assenza di politiche specifiche per la tutela dei diritti delle persone LGBTQAI+ si riverberano sullo stato di salute sia oggettivo sia percepito.

L’analisi dei problemi di salute delle persone LGBTQAI+ dovrebbe tener dunque conto anche di determinati sociali quali l’etnia, lo status socio-economico e di altri fattori sociali che influiscono sull’incidenza di malattie, sulle speranze di vita, sui tassi di mortalità, oltre che sui comportamenti sessuali a rischio, prendendo in esame questi fattori attraverso un’ottica di tipo intersezionale (Fish, 2008).

Se è vero che l’attenzione per gli aspetti connessi alla pratica sessuale degli individui LGBTQAI+ nasce da una maggiore concentrazione di problemi legati alle malattie sessualmente trasmissibili (MST), su tutte le infezioni da HIV – costituendo per certi versi il perpetuarsi di uno stereotipo che a lungo ha riguardato la popolazione omosessuale, in particolare quella maschile – è anche vero che l’incidenza del virus, come evidenzia la relazione *HIV Among Gay and Bisexual Men* (2017), resta alta tra i maschi gay e bisessuali, il che aumenta la loro probabilità di avere un partner sieropositivo, anche alla luce del ruolo socio-sessuale svolto dalle *hooking mobile app* e dai social network dedicati agli incontri sessuali impersonali.

Tuttavia a incidere sui comportamenti a rischio nel contrarre il virus, giocano un ruolo importante ancora una volta l’omo-lesbo-bi-transfobia, la stigmatizzazione e le discriminazione, che possono incidere sulla possibilità di intraprendere azioni protettive con i partner o accedere a servizi sanitari di alta qualità e persino le condotte a rischio rappresentate dalla “decisione individuale” dipendono dall’esito, anticipato o negoziato, di una serie di interazioni situate specifiche e da significati prodotti all’interno di contesti e situazioni determinate rette da copioni socio-sessuali talvolta contraddittori.

Le MST non costituiscono, tuttavia, l’unico fattore di rischio per la popolazione LGBTQAI+: il peso dello stress legato alla condizione di appartenenza a una minoranza sessuale e a quello delle discriminazioni, incidono sia nell’aggiungere ulteriore stress che nell’impedire un adeguato accesso ai servizi sanitari e di supporto; la categoria degli/le adolescenti

LGBTQAI+ rivela, ancora, quanto sia delicata questa fase di vita rispetto agli effetti che il mancato riconoscimento può sortire sul disagio mentale (Haas *et al.*, 2011) o quanto il decremento del tasso di tentato suicidio tra gli adolescenti sia dipendente dall'affermazione dei diritti delle persone LGBTQAI+ (come per esempio l'approvazione della legge sui matrimoni omosessuali) o, infine, la lotta al bullismo omo-bi-transfobico evidenzia la connessione tra politiche di cittadinanza inclusive e salute fisica e psicologica delle persone LGBTQAI+ (Hatzenbuehler, Keyes, 2013); la condizione di stigmatizzazione delle persone transgender, infine, manifesta gli ostacoli culturali e materiali di pieno accesso ai servizi di salute mentale e medica (Kaigle, Sawan-Garcia, Firek, 2017).

La salute delle persone LGBTQAI+, quindi, richiede un approfondimento più accurato che riesca a cogliere i fattori che incidono su comportamenti e stili di vita, che abbiamo voluto esplorare con questo volume, che raccoglie contributi inediti di studiosi e studiose dell'argomento. L'obiettivo è stato quello di cogliere gli aspetti reali dei fenomeni in esame per favorire l'emergere di tematiche e dimensioni ancora latenti e che si prefigurano con la progressiva apertura delle società nei confronti dei generi, degli orientamenti, e delle sessualità non normativi.

Bibliografia

- Boehmer U. (2002). Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. *American Journal of Public Health*, July, 92(7): 1125-1130. DOI: 10.2105/AJPH.92.7.1125
- Fish J. (2008). Navigating Queer Street: Researching the Intersections of Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) Identities in Health Research. *Sociological Research Online*, 13(1): 104-115. DOI: 10.5153/sro.1652
- Hatzenbuehler M., Keyes K.K. (2013). Inclusive Anti-bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts, *Lesbian and Gay Youth Journal of Adolescent Health*, 53, S21e S26. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.08.010
- Haas A.P., Eliason M., Mays V.M., Mathy R.M., Cochran S.D., D'Augelli A.R., Silverman M.M., Fisher P.W., Hughes T., Rosario M., Russell S.T., Malley E., Reed J., Litts D.A., Haller E., Sell R.L., Remafedi G., Bradford J., Beautrais A.L., Brown G.K., Diamond G.M., Friedman M.S., Garofalo R., Turner M.S., Hollibaugh A., Clayton P.J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58:10–51. DOI: 10.1080/00918369.2011.534038

- Kaigle A., Sawan-Garcia R., Firek A. (2017). Approach to the provision of transgender health care in a veteran population, *Mental Health Clin* [Internet], 7(4): 176-80. DOI: 10.9740/mhc.2017.07.176
- Masullo G., Gianola M. (2018). “Su” Grindr e Wapa: l’impatto delle applicazioni per incontri sulle persone gay e lesbiche. In: Cipolla C., e Canestrini E, a cura di, *La rivoluzione digitale e sessualità*. Milano: FrancoAngeli.
- Smalley K.B., Warren J.C., Barefoot K.N. (eds) (2018). *LGBT Health: Meeting the Needs of Gender and Sexual Minorities*. New York: Springer.