

Indagine sull'accesso della popolazione transgender alle cure primarie

Investigation on the access of transgender population to primary care

Vito Nicolì¹, Maria Milano^{1,2}, Lorenzo Marinelli³, Giovanna Motta³

¹SIMG Torino, ²coordinatore CFSMG Piemonte e Val d'Aosta, ³Specialisti endocrinologi CIDIGEM



ABSTRACT Partendo dalle surveys di ISS e AIOM, lo studio esplora ed analizza le difficoltà ed il vissuto dei pazienti transgender, ricercando i motivi del loro difficoltoso accesso alle cure primarie. Si tratta di una ricerca quantitativa e qualitativa che utilizza il questionario EUROPEP (modificato) e l'intervista narrativa. Intervistati 50 pazienti, età media 34±14 anni (durata media interviste 16 min). Gli MMG osservati: 19 <50 anni e 31 >50, da tutte le ASL piemontesi. L'8% dei pazienti è in carico da < 1 aa e il 46% da più di 10.

MMG >50 e <50 hanno analoghe stime all'EUROPEP, con una riferita migliore competenza comunicativa per gli <50. Anche per gli episodi di discriminazione emergono stesse percentuali tra i due gruppi, in concordanza con quanto riportato nelle surveys. La domanda che indaga la proposta di servizi per la prevenzione (screening, esami, vaccinazioni) è stata quella con valutazione media più bassa. Gli intervistati <25 anni sono i più severi e hanno anche interpellato meno il proprio MMG. Il 90% degli intervistati si stupisce alla domanda "Ti sei rivolto al MMG per avere informazioni?". Ben 38 non si sono rivolti per imbarazzo o pregiudizio nei confronti della sua formazione e qualità empatica. Tuttavia, 46 dichiarano l'importanza del supporto del MMG e della sua inclusione nella rete multiprofessionale, purché formato. Per garantire equità nell'accesso alle cure è imprescindibile una formazione adeguata sui bisogni e sui percorsi anche di quei 13-20 pazienti transgenders attesi (prevalenza stimata in letteratura) per un MMG massimalista.

Starting from the ISS and AIOM surveys, the study explores and analyses the difficulties and experiences of transgender patients in search of the reasons for their poor access to primary care. It is a quantitative and qualitative research: it uses the EUROPEP questionnaire (modified) and the narrative interview. 50 patients were interviewed, average age 34±14 years, with interviews lasting 16 minutes in average. The GPs observed: 19 <50 years old and 31 >50, from all Piemonte local health authorities. 8% of patients have been in charge for <1 year and 46% >10 years.

GPs >50 and <50 have similar estimates to EUROPEP, with a reported better communication competence for those <50. Even for cases of discrimination, the same percentages emerge between the two groups, in agreement with what is reported in the surveys. The question about the proposal of prevention services (screening, tests, vaccinations) was the one with the lowest average rating. Interviewed <25 years old were the most severe, they consulted their GP less too. 90% of interviewed are surprised at the question "Did you consult your GP for information?". 38 did not contact the GP due to embarrassment or prejudice towards his training and empathetic quality. However, 46 declare the importance of support from the GP and his inclusion in the multi-professional network, only if trained. To guarantee equity in access to care, adequate training on the needs and paths of even those 13-20 transgender patients expected (prevalence estimated in the literature) for a maximalist GP is essential.

Parole chiave/Key words: Primary Care, Qualitative Research, Transgender, EUROPEP

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Indagine sull'accesso della popolazione transgender alle cure primarie
Rivista SIMG 2024;31 (03):44-49.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INTRODUZIONE

Le linee guida nazionali¹ e internazionali² e soprattutto lo Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People³ concordano sulla necessità che la Medicina Generale garantisca un buon livello di assistenza sanitaria alle persone transgender, a maggior ragione considerando il segnalato minore accesso alle cure di questa fascia di popolazione (Survey dell'ISS e dell'AIOM).^{4,5} L'ISS, in collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) - Presidenza del

Consiglio dei Ministri e con il supporto di Fondazione The Bridge ha condotto una survey su 961 individui, tra il 2020 ed il 2021, relativamente allo stato di salute della popolazione transgender adulta in Italia, da cui si evince:^{4,6} una bassa percentuale di accesso agli screening oncologici inclusi nei livelli essenziali di assistenza (LEA), ad esempio, solo il 28% degli AFAB (*Assigned Female at Birth*) (Tabella 1) e il 65% delle AMAB (*Assigned Male at Birth*) esegue PAP-test rispetto al 78% della popolazione generale; inoltre, il 56,5% di AFAB (binari e non binari) ed il 29% di AMAB (binari e non

Tabella 1 - Definizioni ed abbreviazioni usate nel testo

CFSMG	Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
ISS	Istituto Superiore di Sanità
AIOM	Associazione Italiana di Oncologia Medica
MMG	Medico di Medicina Generale
CIDIGEM	Centro interdipartimentale di Disforia di Genere – Ospedale Molinette (Torino)
Transgender	Persona che presenta un non allineamento tra identità di genere e sesso biologico
AFAB	Assigned Female at Birth
AMAB	Assigned Male at Birth
Binario	Appartenenza ristretta ad uno dei due generi “maschio/femmina” o “uomo/donna”
Non Binario	Tutte quelle identità di genere che non ricadono nelle categorie tipicamente adottate dalla cultura occidentale, che vede il genere rigidamente diviso tra due distinte polarità (uomo o donna)

binari) ha riferito un vissuto di discriminazione per la sua identità/espressione di genere durante una visita con il medico di medicina generale (MMG), nello specifico il 33% lamenta mancanza di conoscenze relative alla salute transgender, il 32,7% terminologia inappropriata ed il 19,25% bisogni specifici ignorati.

L'ISS ha, inoltre, sottoposto ai MMG di tutt'Italia un questionario nel quale veniva chiesto se avessero ricevuto una formazione in tema di salute transgender: ha risposto negativamente più del 90% degli intervistati. Un limite dello studio è che più del 50% dei MMG partecipanti aveva oltre 50 anni e nessuno sotto i 30 anni.

Purtroppo, risultati simili emergono dalla ricerca dell'AIOM nel 2022.⁵

- il 73,1% della popolazione transgender non partecipa agli screening/programmi prevenzione;
- il 67,9% accede ai centri oncologici con sensibile ritardo;
- il 57% non ha fiducia nei professionisti della Sanità;
- il 44,6% riferisce autoesclusione dalle cure;
- il 22,6% non riceve cure appropriate.

Nonostante la prevalenza della popolazione transgender in Italia non sia certa, la letteratura scientifica internazionale la determina al 0,5-1,4% della popolazione generale, quindi più di 400.000 Italiane e fino a 21 assistite per MMG massimalista.^{7,8}

Con tali premesse, l'obiettivo di questo studio, in collaborazione con uno dei più grandi centri interdisciplinari per l'incongruenza di genere in Italia, il CIDIGEM di Torino, è stato quello di analizzare ed esplorare rispettivamente le difficoltà ed i vissuti

delle persone con incongruenza di genere, così da motivare il loro scarso accesso alle cure primarie.

MATERIALI E METODI

La ricerca si caratterizza per una componente quantitativa ed una qualitativa. La ricerca quantitativa utilizza il questionario standardizzato EUROPEP (modificato) atto a valutare specifici aspetti delle cure primarie ed il livello di soddisfazione dei pazienti (Tabella 2).^{9,10} La ricerca qualitativa si è avvalsa della medicina narrativa con approccio fenomenologico ed ha utilizzato lo strumento dell'intervista narrativa (Tabella 3).¹¹⁻¹⁴

L'analisi è stata effettuata con la *Conventional Content Analysis* in triangolazione tra due ricercatori con obiettivi, metodi e strumenti di lavoro precedentemente condivisi.^{15,16}

Per entrambe è stata utilizzata un'indagine audio-registrata (previo consenso informato scritto e condivisione con il team multiprofessionale), anonimizzata e puntualmente trascritta per un'analisi aggregata. I questionari e le interviste sono stati proposti congiuntamente a tutta coloro che avevano appuntamento (con esclusione de* pazienti seguiti per gravi patologie psichiatriche) nel periodo da Maggio 2023 a Settembre 2023, presso il CIDIGEM di Torino in coda alle visite di controllo.

L'indagine è stata proposta a 50 persone e tutte hanno accettato: n=23 (46%) sono AFAB, di cui 22 binari e 1 non binario, n=27 sono AMAB (54%), tutti binari. L'età media è 34±14 anni, 21 persone ≤25 anni e 29 >25 anni, da un minimo 19 (4 persone) a

un massimo di 66 anni (1 persona).

Le interviste sono durate tra i 9 min e 20 sec a 23 min e 27sec.

I MMG valutati dall'EUROPEP modificato sono equamente distribuiti come genere, 19 <50 anni e 31 >50 anni, rappresentano tutte le ASL piemontesi. Solo l'8% degli intervistati riferisce di essere in cura dal proprio MMG da < 1 anno, il 66% >5 anni ed il 46% >10 anni.

RISULTATI

Analisi Quantitativa

La domanda sulla “proposta di servizi per la prevenzione (screening, esami, vaccinazioni)” è quella che ha ottenuto il numero maggiore di SCARSO (24/50), per 9 non era applicabile e per solo 13 ECCELLENTE.

La domanda “sull'aiuto del MMG ad affrontare i problemi emotivi legati alle condizioni di salute” è quella globalmente con meno ECCELLENTE (10/50) ed in 24 l'hanno considerata non applicabile (in quanto non cercato neanche) con risposte equivalenti tra >50 e <50 anni.

Le domande sul “metterla a proprio agio per raccontare i suoi problemi” e “la riservatezza della sua cartella e dei suoi dati” sono state quelle con maggiori ECCELLENTE, rispettivamente con 35/50 e 46/50. Analizzando separatamente gli/le MMG ≤50 anni e >50 anni, i risultati ottenuti sono pressoché sovrapponibili in percentuale di eccellente e di scarso.

La domanda con più discordanza di valutazioni tra i due gruppi ≤50 anni e >50 anni è quella “sulla capacità del/la proprio MMG nel fornire il rapido sollievo dei disturbi”: il 61% (19/31) degli/le MMG >50 ha ottenu-

Tabella 2 - Questionario EUROPEP-ITA (modificato)

Quale è la sua opinione sul suo medico di famiglia e sul suo ambulatorio?

Vorremo conoscere la Sua opinione al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati. Nel questionario, già utilizzato in molti paesi d'Europa⁹, Le chiediamo di valutare la qualità delle cure che Lei ha ricevuto dal suo medico di famiglia nell'ambulatorio presso il quale si è recato/a abitualmente nell'ultimo anno. Le informazioni che ci darà saranno assolutamente anonime, infatti non deve assolutamente apporre il suo cognome e nome sul questionario. Si assicuri di aver risposto a tutte le domande e di aver segnato soltanto una risposta per ogni domanda apponendo un segno (ad esempio una **X**) sulla risposta che rappresenta meglio la sua opinione. Se giudica una delle domande non pertinente al suo caso metta il segno sulla casella dell'ultima colonna (Non applicabile / Non pertinente).

Età di chi compila il questionario | | Sesso | M | | F |

Qual è il suo parere sul suo medico di famiglia e/o sullo studio del suo medico nell'ultimo anno in relazione a:	Scarso	Medio	Eccellente	Non applicabile Non pertinente
l'impressione che Le sia stato dedicato abbastanza tempo durante le visite?				
l'interesse per la sua situazione personale?				
metterLa a proprio agio per raccontare i suoi problemi?				
coinvolgerLa nelle decisioni riguardanti le sue cure?				
la disponibilità ad ascoltarLa				
la riservatezza della sua cartella e dei suoi dati?				
il rapido sollievo dei suoi disturbi?				
l'aiuto a sentirsi meglio tanto da permetterLe di svolgere le normali attività quotidiane?				
la scrupolosità?				
il modo di visitarLa?				
la proposta di servizi per la prevenzione (ad es. screening, esami, vaccinazioni)?				
le spiegazioni sullo scopo degli esami e delle cure?				
dirLe ciò che ha desiderato sapere dei suoi disturbi e della sua malattia?				
l'aiuto ad affrontare i problemi emotivi legati alle sue condizioni di salute?				
aiutarLa a capire l'importanza di seguirne i consigli?				
il ricordo di ciò che Le ha detto o prescritto in occasioni precedenti?				
prepararLa a quello che deve aspettarsi dallo specialista o dalle cure ospedaliere?				
la disponibilità del personale dello studio?				
ottenere un appuntamento secondo le sue esigenze?				
contattare telefonicamente lo studio medico?				
la possibilità di parlare al telefono con il medico?				
il tempo dell'attesa in sala di attesa?				
predisporre rapidamente servizi per problemi di salute urgenti?				

Le domande in rosso non sono state eseguite come riportato nel testo

to ECCELLENTE contro solo il 37% (7/19) degli/le <50.

Questo risultato si inverte a favore degli/delle MMG <50 nell'intervista narrativa alle domande "hai chiesto informazioni al tuo MMG prima di iniziare il percorso di affermazione di genere?" (32% vs 19%), poi "lo aggiorni puntualmente..." (79% vs 48,4%).

Un'altra discrepanza emerge nelle risposte alla domanda "accetteresti di svolgere parte del follow up presso l'ambulatorio del tuo MMG?": tuttə gli/le intervistatə con MMG <50 hanno risposto di SÌ, a differenza dell'85% di coloro con MMG >50 anni.

Si osservano disuguaglianze anche per i vissuti di discriminazione da parte del proprio MMG: queste risultano maggiori nei MMG >50 anni (32%) rispetto al 16% degli <50. Per quanto concerne l'utilizzo di terminologia inappropriata 29% per >50 e 21% per <50 anni.

Mentre il 100% degli intervistati afferenti a MMG <50 si ritiene soddisfatto rispetto alla prescrizione di farmaci o impegnative legati al percorso di affermazione di genere, solo il 74% lo è per i MMG >50, per riscontro di resistenze.

Un altro dato interessante riguarda la durata del rapporto con il proprio MMG, il numero di ECCELLENTE, sulle 18 domande dell'EUROPEP, aumenta proporzionalmente al numero degli anni di presa in carico: mediamente 11 per medico se >10 anni, 8 se dai 5 ai 10 anni e 7 se <5 anni. Fanno eccezione i MMG che hanno in carico l'intervistatə da meno di 1 anno che risultano la categoria con in assoluto la media di ECCELLENTE più alta (13 per MMG): questo dato potrebbe essere giustificato dal fatto che gli/le intervistatə hanno riferito di aver cambiato il/la MMG precedente, scegliendolə in base alle qualità empatiche e l'approccio al tema dell'identità di genere già sperimentato da conoscenti. Analizzando in base all'età degli/delle intervistati/e le valutazioni raccolte nel questionario EUROPEP modificato, i pazienti più critici si sono rivelati gli <25 (21 intervistatə su 50) con una media molto più bassa di ECCELLENTE (6/18) rispetto agli >25 (con 12/18).

Inoltre, la maggior parte degli <25 intervistatə ha riferito di non aver ricercato aiuto da parte del/la propriə MMG su problemi emotivi legati alle condizioni di salute (14 su 21 non applicabile).

Netta è la differenza di opinione tra gli <25 e gli >25 sui due temi "la capacità di metterlə a proprio agio per raccontare i propri problemi" e "la disponibilità di ascolto del propriə medicə curante": in entrambe le

domande gli >25 si sono espressi con valutazioni molto buone (83% e 90% di ECCELLENTE) al contrario degli <25 che in più della metà li giudicano scarsi o medi (57% e 67%, rispettivamente).

Gli <25 hanno interpellato meno il/la propriə MMG per informazioni iniziali prima del percorso di affermazione di genere (con 19% rispetto al 28% degli >25) ed informano e aggiornano significativamente meno il proprio MMG sul percorso di affermazione di genere (62% rispetto al 93% degli >25).

In ultimo abbiamo riscontrato differenze fra AFAB nettamente più esigentə e criticə e AMAB più accomodantə: in particolare rispetto all'aiuto ricevuto per affrontare i problemi emotivi legati alle proprie condizioni di salute (scarso 39% vs 11% de* AMAB), all'impressione che il/la propriə MMG abbia dedicato abbastanza tempo durante la visita (scarso 22% vs 4% AMAB) e alla disponibilità di ascoltare (scarso 30% vs 7% AMAB). Questo rilievo può essere collegato alla maggior discriminazione vissuta dalle persone AFAB (30% vs 22% degli AMAB)?

Analisi Qualitativa

Dalle interviste effettuate si rileva nel 90% dei casi lo stupore alla domanda "Ti sei rivolto al MMG per avere informazioni?": "non pensavo fosse esperto" oppure "No, perché non ci ho neanche pensato, poi sinceramente detto, paesino piccolo, conosceva i genitori" oppure ancora "No mai, non mi sentivo a mio agio, poi ho sempre pensato che questo era il posto in cui parlarne". Solo 12 su 50 hanno risposto sì, e di questi 5 con vissuto positivo: "Il mio MG è spettacolare ... Mi ha chiesto di raggiungerlo in ambulatorio dopo lo studio per parlare con uno psicologo ed è stato lui ad indicarmi il CIDIGEM". In 3 casi l'incontro è stato neutrale e in 4 negativo perché connotato da discriminazione e vissuto di ostilità: "No, già non ho una buona impressione del mio MMG per alcuni suoi atteggiamenti nei miei confronti, finché non inizio terapia ormonale posso evitare".

Per i 38 che non si sono rivolti al proprio MMG, le categorie che emergono sono l'imbarazzo: "non mi sentivo a mio agio, a lui ho mandato solo richiesta per prima visita tramite email"; talvolta la reticenza è legata ad una sorta di affiliazione del MMG alla famiglia: "è il MMG di mia madre da quando era piccola, non abbiamo mai parlato di niente... io lo conosco poco"; in molti vi è il pregiudizio nei confronti della formazione e delle qualità empatiche del MMG: "Le informazioni le avevo cercate da persone competenti".

Le emozioni si rincorrono tra rimpianto e accettazione a sciogliere nodi: "Sto meglio, finalmente non mi devo nascondere".

Anche per i temi relativi alla mera comunicazione del percorso al proprio MMG emergono gli stessi pregiudizi, imbarazzi ma anche la necessità e la difficoltà: "Dovrei farlo, ma ho qualche resistenza, ... solo se necessario" oppure "ho messo davanti a tutti il mio essere, per fortuna avevo vicino una persona che mi ha dimostrato che vivere questa vita non è una vita di merda perché uno che pensa alle trans le pensa imbottite di coca su un marciapiede a fare la puttana".

13/50 hanno riferito di aver subito discriminazione da parte del MMG: "Bastava mandarlo a letto con una ragazza", "è una situazione medica, mi aspetto che mi accetti, che usi il giusto pronome, senza giudizio" oppure "Il vecchio MMG voleva inserire la mia disforia come patologia psichiatrica rilevante nel certificato per la patente" o "Il MG precedente non mi dava il maschile e si è rifiutato di prescrivermi gli esami dicendomi che ero solo una ragazzina confusa, lo avrei revocato ma mia madre non me lo ha permesso": è solo mancanza di formazione?

Rispetto all'importanza di un supporto dal MMG e alla sua inclusione nella rete multiprofessionale per il follow up, in 46/50 ritorna il tema della formazione: "le informazioni che puoi reperire da solo non sono mediche, è fondamentale che sia un medico formato a fornirle", oppure "Forse con il mio MMG sarebbe più personale" con un'attesa di continuità e unicità di rapporto. Qualcuno pensa alla tempistica e al sovraccarico del CIDIGEM che esaspera le attese: "Sarebbe bello anticipare i tempi" e "Meglio psicologo per capire se sono proprio così o no...il MMG ottimo punto d'appoggio se formato per sospettare e indirizzare al CIDIGEM piuttosto che allo psicologo formato ... Non puoi aspettare due anni che ti riceva il CIDIGEM, ho bisogno nell'attesa di qualcuno preparato che mi sostenga". Un'attesa emotivamente straziante per il travaglio tra rimpianto, accettazione, risveglio e risoluzione: "Sto meglio, finalmente non mi devo nascondere, posso parlare di me per come sono realmente, posso aprirmi alle persone per come sono: chi se ne frega se qualcuno non mi accetta, avevo la paura dell'abbandono da tutti e tutto e questa cosa mi uccideva, ero molto depressa, ora sto molto meglio".

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In letteratura ci sono studi EUROPEP atti a valutare il livello di soddisfazione di pazienti rivolti unicamente alla popolazione generale: non vi è nulla di mirato alla popolazione transgender.

Il quadro che dipinge quest'indagine quantitativa sottolinea l'importanza di una relazione consolidata e di fiducia negli anni

Tabella 3 - Integrazione al Questionario e Intervista narrativa

Età di chi compila il questionario |

Genere assegnato alla nascita M F INTERSEX

Identità di genere M F Non binario Altro

Anno inizio percorso e come: _____

Anno inizio presso CIDIGEM: _____

Qual è il suo parere sul suo medico di famiglia e/o sullo studio del suo medico nell'ultimo anno in relazione a:	SI	NO
Prima di iniziare il percorso di affermazione di genere, si è rivolto/a/ə al medico/a curante per ricevere informazioni? Se no, perché?		
Ha informato il suo medico/a di famiglia del percorso di affermazione di genere? Se no, perché?		
Aggiorna puntualmente il suo medico/a curante sul suo percorso, su eventuali operazioni chirurgiche e/o trattamenti farmacologici? Se no, perché?		
Se riscontra dubbi o problemi sulla sua salute anche in relazione al percorso di affermazione di genere, informa adeguatamente il suo medico/a di famiglia? Se no, perché?		
Si è mai sentito discriminato/a/ə dal suo medico/a di famiglia? Se sì, in che modo?		
Reputa che il suo medico/a di famiglia utilizzi la giusta terminologia riguardo il suo percorso di affermazione di genere e la sua identità di genere?		
Ha mai dovuto revocare il suo medico/a curante per motivi di discriminazione per la sua identità di genere? Se sì, perché?		
Trova disponibilità da parte del suo medico/a di famiglia nell'ottenere impegnative/farmaci legati al percorso di affermazione di genere?		
Pensa che il supporto del suo medico/a di famiglia sia importante per il suo percorso di affermazione?		
Qualora il suo medico di medicina generale venisse formato e incluso nella rete multiprofessionale, accetterebbe di svolgere parte del follow-up presso il suo ambulatorio? Se no, perché?		

di assistenza, quale trigger di apertura ad una comunicazione di per se non facile. Allo stesso tempo, un medico noto da anni e magari più anziano (>50 anni) viene considerato soprattutto per le sue abilità in tutte le altre situazioni cliniche e meno per le competenze in questo ambito specifico, immaginandone (dall'analisi qualitativa) una scarsa formazione o temendone il giudizio, talvolta avendone percepito una discriminazione o l'utilizzo di terminologia inappropriata, entrambi più frequenti con i MMG >50 anni, peraltro in misura analoga a quanto riportato dall'ISS.

A conferma dell'importanza della relazione consolidata, vi è anche il riscontro di maggiore perplessità sul ruolo del MMG da parte dei più giovani che lo conoscono meno e al quale, comunque a priori, dichiarano di

non rivolgersi. La qualità della proposta di servizi per la prevenzione, come screening, esami, vaccinazioni si conferma con la peggiore valutazione anche in tutte le sottocategorie analizzate, sia per gli/le intervistatè <25 che >25, sia per le persone AFAB che AMAB, sia che si faccia riferimento a MMG <50 che >50.

Alla luce anche dei risultati della ricerca dell'AIOM⁵ non sorprende questo risultato poiché l'anagrafica binaria basata sul sesso assegnato alla nascita, ma in generale lo sviluppo della medicina di genere, sta portando a considerare sempre più frequentemente maschi e femmine come gruppi biologicamente distinti anche in termini di salute e malattia, lasciando però aperta la domanda su come valutare e trattare al meglio gli individui transgender o gen-

der-diverse che da questo retaggio risultano svantaggiati in prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Il dato forte che coglie quel 90% di stupore alla domanda "Ti sei rivolto al MMG per avere informazioni?" denota che l'opzione non era stata, nei fatti, che minimamente presa in considerazione. Qualcuno adduce il pregiudizio (quindi non verificato) sulla scarsa specifica formazione del MMG. Pochi (4/50) tra coloro che si sono rivolti al proprio MMG per informazioni sul tema denunciano vissuti di discriminazione e ostilità. I più (38/50) confessano l'imbarazzo e la reticenza nel rivelare una condizione di cui non si è ancora pienamente consapevoli, a qualcuno che in qualche modo è affiliato al nucleo familiare o noto in un piccolo paese con il timore di essere discri-

minato. Questa preponderanza numerica sull'imbarazzo e la reticenza è espressione del malessere profondo vissuto dai più nel vivere un'essenza del sé diversa ma ancora non chiara neppure a sé stessi e della difficoltà a comunicarla proprio per la scarsa chiarezza e consapevolezza: diventa allora fondamentale che il proprio MMG colga la problematica e riesca con il giusto tatto ad accompagnare gradatamente verso la consapevolezza anche questi pazienti.

Al di là del pregiudizio, dobbiamo però convenire che ad oggi non è stata per lo più fornita ai MMG una formazione specifica e curriculare sull'argomento, salvo le debite e probabili eccezioni, e quindi, ipotizziamo che le competenze e la sensibilità nell'affrontare e indirizzare adeguatamente potrebbero essere carenti. Ormai tutte le Linee Guida Italiane ed Internazionali¹⁻³ concordano che l'accompagnamento verso un'affermazione del sé sia un processo complesso che necessita di un'equipe multiprofessionale ad alta specializzazione. Con la Determina AIFA¹⁷ del 23/09/2020 i medici per il percorso di affermazione di genere sono inseriti nell'elenco di quelli erogabili a totale carico del SSN, ai sensi della Legge 648,¹⁸ a condizione però che siano prescritti, con Piano terapeutico, da tali equipe mediche. Attualmente sembrano essere meno di cinque in tutta Italia e non ne esiste un elenco ufficiale: sappiamo anche solo dove sono e come inviare i pazienti?

Quasi tutti gli intervistati 46/50 (non si sono espressi in questi termini coloro che hanno avuto esperienze negative) dichiarano importante il supporto del MMG e la sua inclusione nella rete multiprofessionale soprattutto per il follow up: essere integrati in tali equipe vuol dire anche conoscerne bene il loro operato. Ci siamo chiesti quale potesse essere il livello di predisposizione e di conoscenze sull'argomento da parte dei MMG: in considerazione del fatto che la survey dell'ISS era centrata solo sui MMG >50 e del rapido cambiamento generazionale in corso, l'attenzione è stata puntata sui giovani medici in formazione. Braccio parallelo alla stesura di questa tesi è stata la somministrazione di un questionario ai discenti del CFSMG Regione Piemonte e Val d'Aosta anno 2019-2022 durante un seminario formativo creato ad hoc sull'argomento: l'analisi dei risultati è in corso.

Restano molti punti inesplorati che necessitano di riflessioni importanti: come e quali azioni per favorire la prevenzione, la diagnosi e i follow up per tutte le patologie se vi è un blocco a priori nell'accesso alle cure?^{19, 20} Quale assistenza siamo in grado di fornire a questi pazienti? Le interviste



Figura 1 - Bandiera LGBTQIA+

hanno evidenziato l'imprescindibilità di una formazione adeguata sui bisogni e sui percorsi per garantire un'equità di accesso alle cure.

Questo studio presenta diversi limiti: sicuramente l'esiguo numero di persone selezionate (tuttavia si è coperto un ampio range di età, dai 19 anni ai 66 anni e buona rappresentanza di AFAB e di AMAB); manca il punto di vista del MMG (ma abbiamo attivato il braccio parallelo rivolto ai Medici del CFSMG) e infine sarebbe interessante esplorare i vissuti anche di persone transgender residenti in Regioni nelle quali non è presente un centro specialistico come il CIDIGEM. In ultimo, riportiamo il suggerimento di un intervistato, per attenuare l'imbarazzo reticente di questi pazienti e mostrare formazione e quindi sensibilità al tema da parte del MMG: *"Trovo che una cosa molto semplice possa essere mettere la bandiera simbolo (sottinteso in sala d'attesa) per le persone che la conoscono in modo che riconoscano quell'ambulatorio come ambiente sicuro"*. (Figura 1)

Bibliografia

1. Fisher AD, et al., SIAMS-SIE Position statement of gender affirming hormonal treatment in transgender and non-binary people, *J Endocrinol Invest* 2022;45:657-73.
2. Hembree WC, et al., Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:3869-903.
3. Coleman E, et al., Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health* 2022;23:S1-S259.
4. Survey dell'ISS 2020-2, Studio sullo stato di salute della popolazione transgender adulta in Italia, Comunicato Stampa N°41/2022 - Salute di genere, basso livello di prevenzione nella popolazione transgender
5. Leone AG, et al. *Cancer in Transgender*

and Gender-Diverse Persons: A Review. *JAMA Oncol* 2023;9:553-63.

6. Linee di indirizzo per la comunicazione del personale sanitario con i/le pazienti LGBTQ+, ISS 2023
7. ISTAT, Salute e sanità, 2022, <https://www.istat.it/it/salute-e-sanita?dati>
8. Goodman M, et al. Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations: A Narrative Review. *Endocrinol Metab Clin N America* 2019;48:303-21.
9. Grol R, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
10. Milano M, et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *EJGP* 2007; 13:92-94
11. Aktinson R. L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002
12. Good BJ. *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999
13. Greenhalgh T, et al., *Narrative Based Medicine*, BMJ Books, 1998
14. Streubert Speciale HJ, et al., *La ricerca qualitativa un imperativo umanistico*, edizione italiana a cura di Materese M, Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2005
15. Graneheim UH, et al., *Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today* 2004;24:105-112
16. Hsieh H-F, et al., *Three approaches to Qualitative Content Analysis*, *Qualitative Health Research* 2005;15:1277-88
17. Determina AIFA n. 104272/2020 del 23 settembre 2020
18. Legge 23 dicembre 1996, n. 648
19. Legge 14 aprile 1982, n. 164 e successive modifiche Portale di Informazione Antidiscriminazioni LGBT, 2011, <http://www.portalenazionialelgbt.it/bancadeidati/schede/legge-14-aprile-1982-n-164.html>
20. Wylie K, et al., *Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health*. *Lancet* 2016;388:401-11.