SUPSI/DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Anziani LGBT: sfide e opportunità per il Nursing

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Autore: Fabrizio Collareda

Direttore di Tesi: Stefan Kunz

Luogo e data di consegna: Lugano 31 Luglio 2018

ABSTRACT

Background Un trend costante di invecchiamento della popolazione con conseguente aumento della numerosità della popolazione geriatrica, unitamente ad una sempre maggiore auspicata visibilità delle persone LGBT, impone al Nursing di considerare con grande attenzione il gruppo degli anziani LGBT. I pazienti LGBT anziani hanno bisogno di supporto in maniera diversa rispetto ai loro coetanei eterosessuali in nome di bisogni di salute specifici ed in quanto hanno il doppio delle probabilità di essere single e di vivere soli e hanno quattro volte le probabilità di non avere figli dai quali ottenere supporto in caso di bisogno. Le persone anziane LGBT in ambito residenziale possono subire una discriminazione multidimensionale: ageism, eteronormatività ed omofobia con evidente effetto su rinnovata marginalizzazione ed invisibilità.
Obiettivi Questo lavoro di tesi è volto ad individuare quali sono le conoscenze e gli atteggiamenti riportati in letteratura che i curanti dovrebbero avere per occuparsi al meglio degli anziani LGBT, e quali modalità di cura gli esperti ritengono che si possano applicare in modo da garantire alle persone LGBT la traiettoria di vita desiderata anche in casa per anziani (CpA). ***Metodologia della ricerca*** Si è scelto di effettuare una ricerca sistematica in letteratura presso le principali banche dati (CINAHL, Google Scholar, OVID – Medline, ProQuest, PubMed/ PubMed Central, Web of Science). Utilizzando varie permutazioni di circa 25 parole chiave (ad es. nurse, LGBT, older adults, healthcare disparities), quattro criteri di inclusione e due criteri di esclusione, sono stati individuati 10 articoli da valutare nella review sistematica. ***Risultati*** L'analisi dei 10 articoli ha permesso di evidenziare l'importanza delle pratiche di competenza culturale come fattore chiave per erogare una cura di qualità alla popolazione in oggetto. Attraverso training specifici i curanti dovrebbero essere in grado di leggere la complessità del sistema-paziente sia in termini di forze macro che in termini di forze micro cogliendone le implicazioni per la persona. Per operare secondo una prospettiva duale, appunto, il curante dovrebbe essere consapevole dei fattori socioculturali che possono influenzare i pazienti e allo stesso tempo dell'impatto che i sistemi familiare, di parenti e di amici hanno per la persona. Inoltre il curante dovrebbe essere in grado di riconoscere i propri pregiudizi e combattere l'eteronormatività nelle CpA, favorendo inclusione e disclosure dell'anziano LGBT in modo da permettergli di aumentare la base di salute, sottraendolo all'invisibilità e riconsegnadogli/le pieno potere in relazione a desideri, bisogni ed aspettative proprie. ***Conclusioni*** Agire secondo la competenza culturale per garantire all'anziano LGBT un ambiente sicuro, inclusivo e sereno, richiede al curante conoscenza ovvero consapevolezza culturale, ma anche la giusta attitudine; è l'altro il massimo esperto di sé e della sua storia, e per poter partecipare al suo progetto è necessario essere culturalmente umili. Questi contenuti hanno poi bisogno di essere tradotti nella pratica clinica attraverso un modello di comportamento che sia appropriato e responsivo in termini culturali: mettere in atto pratiche e politiche inclusive, tutelare e promuovere i valori di inclusione e benessere nella CpA, ma anche adottare una prospettiva sufficientemente ampia da vedere nella diversity un valore che richiede esso stesso Cura.

Indice

1. Glossario 3
2. Capitolo Introduttivo 5
2.1 Introduzione 5
2.2 Scopo e obiettivi 5
2.3 Metodologia di lavoro 6
3. Quadro Teorico di riferimento 7
3.1 Persone LGBT e Medicina: uno sguardo storico 11
4. Parte applicativa: revisione sistematica della letteratura 13
4.1 Quesito clinico 13
4.2 Criteri di inclusione ed esclusione 13
4.3 Parole chiave e banche dati utilizzate 15
5. Risultati 16
5.1 Articoli individuati 16
5.2 Conoscenze e atteggiamenti da tenere nei confronti di pazienti LGBT 22
6. Discussione dei risultati 30
7. Conclusione 35
7.1 Conclusione del lavoro di tesi 35
7.2 Possibili sviluppi della ricerca 36
7.3 Riflessione personale sul lavoro 36
8. Bibliografia 38
8.1 Sitografia 45
Appendice 1 – Stringhe utilizzate nella ricerca in banche dati 47
Appendice 2 – Risposte alle domande della Cheklist per ogni articolo 48
Appendice 3 – Downs and Black Checklist modificata 52

Tabelle

Tabella 3-1 7
Tabella 4-1 13
Tabella 4-2 15
Tabella 5-1 18
Tabella 5-2 19
Tabella 5-3 21
Tabella 5-4 22

Tabella 6-1……...32
Tabella 6-2……...34

Figure

Figura 5-1……..……..17

1. Glossario[1]

BISESSUALE	Persona attratta sul piano affettivo e sessuale da persone di entrambi i sessi.
COMING OUT	Espressione usata per indicare la decisione di dichiarare la propria omosessualità. Deriva dalla frase inglese coming out of the closet (uscire dall'armadio a muro), cioè uscire allo scoperto, venir fuori. In senso più allargato il coming out rappresenta tutto il percorso che una persona compie per prendere coscienza della propria omosessualità, accettarla, iniziare a vivere delle relazioni sentimentali e dichiararsi all'esterno.
DRAG QUEEN / DRAG KING	Uomo che si veste da donna (queen) o donna che si veste da uomo (king) accentuandone le caratteristiche con finalità artistiche o ludiche.
ETEROSESSISMO	Visione del mondo che considera come naturale solo l'eterosessualità, dando per scontato che tutte le persone siano eterosessuali. L'eterosessismo rifiuta e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità e relazione non eterosessuale. Si manifesta sia a livello individuale sia a livello culturale, influenzando i costumi e le istituzioni sociali, ed è la causa principale dell'omofobia.
ETEROSESSUALE	Persona attratta sul piano affettivo e sessuale da persone dell'altro sesso.
GAY	Uomo omosessuale (il termine viene usato anche per indicare le donne omosessuali nei Paesi di lingua anglosassone).
GENERE	Categoria sociale e culturale costruita sulle differenze biologiche dei sessi (genere maschile vs. genere femminile).
IDENTITÀ DI GENERE	La percezione di sé come maschio o come femmina o in una condizione non definita.
INTERSESSUALITÀ	Condizione della persona che, per cause genetiche, nasce con i genitali e/o i caratteri sessuali secondari non definibili come esclusivamente maschili o femminili.
LESBICA	Donna omosessuale.
LGBT	Acronimo di origine anglosassone utilizzato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender. A volte si declina anche come LGBTIQ, comprendendo le persone che vivono una condizione intersessuale e il termine queer.
OMOFOBIA	Il pregiudizio, la paura e l'ostilità nei confronti delle persone omosessuali e le azioni che da questo pregiudizio derivano. Può portare ad atti di violenza nei confronti delle persone omosessuali.
OMOFOBIA INTERIORIZZATA	Forma di omofobia spesso non cosciente, risultato dell'educazione e dei valori trasmessi dalla società, di cui a volte sono vittima le stesse persone omosessuali.
OMOSESSUALE	Persona attratta sul piano affettivo e sessuale da persone dello stesso sesso.
ORIENTAMENTO SESSUALE	La direzione dell'attrazione affettiva e sessuale verso altre persone: può essere eterosessuale, omosessuale o

	bisessuale.
OUTING	Espressione usata per indicare la rivelazione dell'omosessualità di qualcuno da parte di terze persone senza il consenso della persona interessata. Il movimento di liberazione omosessuale ha utilizzato a volte l'outing come pratica politica per rivelare l'omosessualità di esponenti pubblici (politici, rappresentanti delle Chiese, giornalisti) segretamente omosessuali, che però assumono pubblicamente posizioni omofobe.
PRIDE	Espressione che indica la manifestazione e le iniziative che si svolgono ogni anno in occasione della Giornata mondiale dell'orgoglio LGBT, nei giorni precedenti o successivi alla data del 28 giugno, che commemora la rivolta di Stonewall, culminata appunto il 28 giugno 1969. I cosiddetti moti di Stonewall furono una serie di violenti scontri fra persone transgender e omosessuali e la polizia a New York. La prima notte degli scontri fu quella di venerdì 27 giugno 1969, quando la polizia irruppe nel locale chiamato Stonewall Inn, un bar gay in Christopher Street, nel Greenwich Village. "Stonewall" (così è di solito definito in breve l'episodio) è generalmente considerato da un punto di vista simbolico il momento di nascita del movimento di liberazione LGBT moderno in tutto il mondo.
QUEER	Termine inglese (strano, insolito) che veniva usato in senso spregiativo nei confronti degli omosessuali. Ripreso più recentemente in senso politico/culturale, e in chiave positiva, per indicare tutte le sfaccettature dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, rifiutandone al tempo stesso le categorie più rigidamente fissate ancora presenti nel termine LGBT e rivendicandone il superamento.
RUOLO DI GENERE	L'insieme delle aspettative e dei modelli sociali che determinano il come gli uomini e le donne si debbano comportare in una data cultura e in un dato periodo storico.
SESSO	Le caratteristiche biologiche e anatomiche del maschio e della femmina, determinate dai cromosomi sessuali.
TRAVESTITO	Persona che abitualmente indossa abiti del sesso opposto, indipendentemente dal proprio orientamento sessuale o identità di genere.
VISIBILITA'	È il risultato del percorso di auto-accettazione che permette a una persona omosessuale di vivere la propria identità alla luce del sole.

1: Liberamente estratto dal sito del comune di Torino per le politiche di genere (n.d.).

2. Capitolo Introduttivo

2.1 Introduzione

È un tema, quello affrontato in questo lavoro di tesi di bachelor, di certo non facile; nasce dalla pratica il mio desiderio di indagare, attraverso una revisione della letteratura disponibile, in merito alle competenze e alle conoscenze che i curanti dovrebbero avere per erogare alle persone anziane Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transessuali (LGBT) una Cura di qualità, riconoscendo al tempo stesso le peculiarità di questa popolazione.

Il desiderio di "ficcare il naso" in questo argomento non è tuttavia recente. Durante il mio servizio civile ebbi modo di conoscere una signora; giungemmo ad avere un rapporto bellissimo in casa per anziani (CpA). In occasione delle nostre lunghe discussioni mi confidò che dopo aver combattuto una vita per essere se stessa, affermandosi come lesbica, col trasferimento in struttura era ripiombata al punto zero, privata di una dimensione fondamentale, e questo la faceva stare malissimo. Provò a parlarne, ma senza successo, anzi. Morì poco dopo il termine della mia esperienza

Altre volte in seguito, soprattutto durante i periodi di formazione pratica, ho incontrato situazioni non diverse l'una dall'altra, in quanto tutte accomunate da una difficoltà di fondo, da parte del personale curante, di trattare il tema della sessualità ed in particolare dell'orientamento sessuale nella popolazione geriatrica. Per converso devo riconoscere che ho sempre trovato un grande interesse rispetto a questo tema ed un desiderio genuino di sapere "come fare", per far meglio.

Se il tema in oggetto rappresenta quindi una sfida per il Nursing, esso è anche una grande occasione in termini di rinnovate opportunità. Cercherò di guidare il lettore attraverso un ideale percorso fino ad individuare le competenze e le strategie da declinare nella propria pratica professionale riconoscendo al tempo stesso i limiti delle variabili individuate.

A stimolare il mio interesse verso questo particolare tema la consapevolezza che la Cura, nelle sue dimensioni, richiede strumenti adeguati ed un'area privilegiata in cui essere, cioè quella della relazione. Non solo Cura che ripara o che protegge, ma è anche Cura ciò che permette di fiorire e che risponde al "bisogno di ulteriorità", grazie alla "qualità dell'esser-ci" (Mortari, 2013). Esistono poi, a parziale giustificazione della rilevanza dell'argomento, delle ragioni che fanno riferimento all'area della salute pubblica e della programmazione degli interventi, unitamente alla dinamica demografica dell'invecchiamento della popolazione (Gabrielson, 2011).

2.2 Scopo e obiettivi

In questo lavoro di tesi effettuerò una ricerca sistematica per individuare la letteratura che tratta delle opportunità e delle sfide per i curanti nell'occuparsi delle persone anziane LGBT. Ovvero, esplicitando più chiaramente: cercherò di individuare quali sono le conoscenze e gli atteggiamenti riportati in letteratura che i curanti dovrebbero avere per occuparsi al meglio degli anziani LGBT, e cercherò di identificare quali modalità di Cura gli esperti ritengono che si possano applicare in modo da garantire ai veterani LGBT la traiettoria di vita anche in CpA.

Gli obiettivi di questa tesi sono, quindi, i seguenti:

- Sviluppare un'adeguata conoscenza delle metodiche necessarie per preparare una revisione sistematica.
- Preparare una revisione sulle sfide e le opportunità per il Nursing nei confronti di anziani LGBT, un argomento che ritengo interessante non solo per me, ma anche per l'ambiente accademico delle cure, in modo da generare un momento di discussione che porti ad una maggiore consapevolezza dell'importanza di questa tematica.
- Individuare quali siano le conoscenze che i curanti dovrebbero avere per applicare un approccio che promuova la resilienza in veterani LGBT in case per anziani.
- Individuare quali siano le strategie che i curanti dovrebbero avere per creare un ambiente il più accogliente possibile per gli anziani LGBT in CpA.

2.3 Metodologia di lavoro

Questa tesi di laurea in Cure Infermieristiche si prefigura come una ricerca sistematica in letteratura, ovvero una revisione della letteratura che è disegnata per individuare, valutare e riassumere le migliori evidenze scientifiche disponibili riguardo una domanda di ricerca specifica, in modo da fornire delle risposte basate sull'evidenza scientifica (Boland, Cherry & Dickson, 2017).

La tesi è costituita da:

- un'introduzione che spiega le motivazioni per cui ho scelto di trattare questo specifico argomento;
- una sezione intitolata Quadro Teorico in cui descrivo le difficoltà, le aspettative e le situazioni che vivono gli anziani LGBT in casa di riposo in maniera da fornire al lettore tutte le informazioni che possono servire per inquadrare questo lavoro di tesi e la domanda di ricerca;
- una sezione in cui spiego in dettaglio le metodiche utilizzate per questa ricerca sistematica;
- infine le ultime tre sezioni contengono rispettivamente i risultati della ricerca sistematica, la discussione dei risultati e le conclusioni a cui sono arrivato basandomi sui risultati della ricerca stessa.

Per descrivere il quadro teorico ho utilizzato articoli scientifici e libri di testo. Per la ricerca sistematica ho utilizzato articoli scientifici primari individuati tramite ricerca in banche dati specifiche e in libri di testo (vedi Sezione 5.1).

3. Quadro Teorico di riferimento

Negli Stati Uniti si stima che ci siano circa 3 milioni di Americani appartenenti alle categorie LGBT che hanno più di 65 anni e si stima che nel 2030 questo numero raddoppierà (Gabrielson, 2011). Per altri Paesi le stime non sono così facili da trovare, ma è lecito considerare che in ogni Paese la percentuale della popolazione LGBT vari dal 5 al 10%, e quindi si può ritenere che tra gli anziani in casa di riposo o in strutture protette i gay, le lesbiche, i bisex e i trans costituiscano fino al 5%-10% degli ospiti, considerando anche i molti che non hanno fatto coming-out (le trans sono un caso da trattare a parte data la loro riconoscibilità). Questo deve essere considerato con attenzione nell'ottica di curare adeguatamente le frange di popolazione più vulnerabile e di ridurre le iniquità di trattamento nelle cure. I pazienti LGBT anziani hanno bisogno di supporto in maniera diversa rispetto ai loro coetanei eterosessuali, in quanto hanno il doppio delle probabilità di essere single e di vivere soli e hanno quattro volte le probabilità di non avere figli da contattare in caso di bisogno (Gabrielson, 2011). Inoltre gli appartenenti a questa comunità si sono spesso estraniati dalla famiglia biologica e fanno affidamento su quelle che vengono chiamate "family of choice", costituite da amici o partner (Shiu, Muraco, & Fredriksen-Goldsen, 2016). I pazienti LGBT in molti casi cercano di procrastinare il più possibile il momento dell'ingresso in una casa di riposo o in una struttura protetta perché possono andare incontro ad esperienze negative che ledono il loro essere. Secondo un sondaggio realizzato dalla Arcus Foundation (insieme ad altre associazioni) tra fine 2009 e inizio 2010 (LGBT aging center, n.d.) su un campione di 278 appartenenti alla comunità LGBT il 78% ha paura di fare coming out e per questo di essere troppo vulnerabile in una casa di riposo. Queste paure derivano dalle testimonianze di chi si è trovato in una casa anziani o ha avuto amici che sono stati ricoverati. Il sondaggio ha raccolto anche questi dettagli (Tabella 3-1): su un totale di 853 molestie raccolte, il 23% era dovuto a molestie verbali o fisiche da altri residenti, il 14% a molestie verbali o fisiche dallo staff della casa di riposo. Senza contare le restrizioni ai visitatori (11%) e addirittura la negazione del trattamento medico (6%).

Tabella 3-1: Esperienze dei residenti di case di riposo legate all'identità di genere (reali o percepite come legate all'identità di genere) da LGBT aging center (n.d.).

Experiences Related to Resident's Real or perceived Sexual Orientation and/or Gender Identity	**Number of instances**	**Percent of All instances**
Verbal or physical harassment from other residents	200	23%
Refused admission or re-admission, attempted or abrupt discharge	169	20%
Verbal or physical harassment from staff	116	14%
Staff refused to accept medical Power of Attorney from resident's spouse or partner	97	11%
Restriction of visitors	93	11%
Staff refused to refer to transgender resident by preferred name or pronoun	80	9%
Staff refused to provide basic services of care	51	6%
Staff denied medical treatment	47	6%
Total	**853**	**100%**

Se da un lato il campione è troppo piccolo per essere adeguatamente rappresentativo, esso dà comunque un'idea dell'estensione del problema.

La significatività statistica dei campioni utilizzati nell'attività di ricerca in termini di numerosità e di autoselezione (i maschi gay sembrano più disponibili alle ricerche delle lesbiche) sembra rappresentare la difficoltà maggiore per chi si appresta ad affrontare

un'indagine; si tenga inoltre presente che i bisogni della popolazione bisessuale e di quella transgender rimangono per grande parte inesplorati. Altro aspetto da considerare per poter ben inquadrare la situazione è il seguente: non solo vi è grande variabilità tra i diversi gruppi, ma anche all'interno dello stesso gruppo. Secondo quanto indicato nello studio commissionato da SAGE (Robert et al., 2014) si possono riscontrare disparità in termini di etnia, in termini di livello di scolarizzazione, in termini di reddito dell'economia domestica e in base alla residenza (aree urbane/metropolitane vs. aree rurali). Tuttavia, in generale, si può dire che i temi emergenti e presentati dagli interessati riportano bisogni che si rifanno all'accesso al mondo delle cure, al profilo abitativo e alla dimensione sociale (Addis, Davies, Greene, MacBride-Stewart, & Shepherd, 2009).

L'impatto maggiore sembra essere rappresentato dalla discriminazione che può manifestarsi in forme diverse (Addis et al., 2009) impattando fortemente su bisogni e su esperienze vissute; ciò ha ovviamente condotto ad una marginalizzazione delle persone LGBT con conseguente disinteresse per le loro dimensioni. Secondo Brotman (2003) i focus group riportano come tema ripetitivo l'esperienza di marginalizzazione generale sia nella vita sociale che in quella politica. Vi sarebbe per questa ragione una sfiducia verso gli attori del mondo delle cure e verso le reti di servizi ufficiali riferite alle cure di lungo periodo. Secondo quanto riportato da Johnosn (2005), un questionario somministrato ad un gruppo LGBT in merito a strutture residenziali di lungo periodo per la popolazione geriatrica svela che il 73% dei rispondenti ritiene che vi sia discriminazione nelle strutture e il 74% che non vi siano politiche antidiscriminatorie o che includano l'orientamento sessuale come variabile rilevante; il 34% crede di dover nascondere la propria identità e il 98% ritiene auspicabile avere a disposizione una struttura gay o gay-friendly.

Per quanto concerne il bisogno abitativo le persone LGBT anziane vivono da sole in una proporzione maggiore rispetto i pari eterosessuali (Cahill, South, & Spade, 2001). Di fatto Claes (2000) ritiene che chi ha sperimentato discriminazione, oppressione e talvolta trattamenti obbligatori (si tenga presente che la derubricazione dell'omosessualità dal mondo della patologia è relativamente recente) l'istituzionalizzazione o la dipendenza in termini di mancanza di autonomia rappresentano una vera e propria minaccia. La sessualità delle persone più anziane è scarsamente riconosciuta; secondo Price (2005) l'espressione della sessualità tra di esse è spesso vista come un problema da gestire o da essere trattato. Per questa ragione afferma Brando (2001) le persone LGBT in età geriatrica sono ritenute doppiamente celate in quanto rappresentano il più "invisibile di una minoranza già invisibile". La cosa che genera in loro la maggiore preoccupazione è la garanzia di privacy della loro sessualità, rappresentando l'outing un rischio per loro e per le loro relazioni; le loro generazioni, infatti, non si sono potute permettere il lusso della visibilità pubblica. Ciò che spesso viene ritenuto insufficiente, per Price (2005), dagli attori del sistema è il riconoscimento delle famiglie di scelta; il poter far riferimento ad una rete sociale di supporto in occasione di ospedalizzazione, istituzionalizzazione o cure in generale sarebbe importante. Secondo quanto riportato dai membri costituenti le famiglie sociali, un insufficiente riconoscimento è garantito in termini di visite, potere decisionale, possibilità di prendersi cura dell'amico o del partner (Turner & Catania, 1997). In termini di epidemiologia la letteratura riporta in modo continuo tassi superiori di depressione tra persone LGBT rispetto alla popolazione generale; inoltre un'associazione significativa e robusta è stata individuata tra esperienze di discriminazione e morbidità psichiatrica (Mays & Cochran, 2001).

Quella che colpisce le persone LGBT è una discriminazione multidimensionale; essa include ageism, eteronormatività e omofobia e ciò non può che rafforzare la marginalizzazione e l'invisibilità (Addis et al., 2009). In Share the care for LGBT community l'autrice affronta il tema della competenza culturale dell'istituzione che vuole garantire equità; essa non si slega da una dimensione di responsabilità e di corresponsabilità tra caretaker e assistito per garantire una Cura che sia integrale (Bereano, 2015). A parziale limite di ciò è individuata la dimensione dell'autosufficienza elaborata dalla comunità lesbica in risposta all'ostilità esterna; il testo infatti propone un bellissimo esempio di auto-organizzazione delle cure.

Uno studio condotto nel 2014 negli Stati Uniti (Robert, Espinoza & Poll, 2014) si prefigge di indagare i valori, i bisogni e i desideri della popolazione LGBT della classe d'età 45-75. Per quanto concerne le caratteristiche sociodemografiche degli inclusi, la maggioranza è composta da uomini gay bianchi. Ciò che li contraddistingue rispetto ai pari della popolazione generale sembra essere:

- Con il procedere dell'invecchiamento essi hanno una maggiore preoccupazione rispetto la popolazione non-LGBT in relazione a finanze personali, declino fisico, indipendenza e solitudine.
- La maggioranza delle persone intervistate ha rivelato di non aver informato il proprio medico rispetto al proprio orientamento sessuale e afferma di sentirsi a disagio nel discutere con personale sanitario di questi temi a causa del timore di sentirsi giudicato o ricevere delle cure minori.
- Le attività citate, rese possibili dal pensionamento, sono viaggi, attività di volontariato, inizio di un hobby, dare il proprio contributo a gruppi di socialità, mettere a frutto le proprie competenze in attività di mentoring; il corrispondente gruppo non-LGBT afferma di desiderare di passare il tempo con la famiglia e gli amici. Chi tuttavia si dedica ad attività di volontariato o mentoring teme che se rivelasse il proprio orientamento il continuare gli sarebbe precluso.
- Gli anziani LGBT sono più propensi a vivere da soli (come già detto in precedenza), e possono contare su reti di supporto meno ampie; al tempo stesso si affidano meno a sistemi di supporto istituzionali.
- Gli anziani LGBT riportano timori per la discriminazione vissuta a seguito di istituzionalizzazione; come già affermato in precedenza molti di essi si dichiarano a favore della creazione di strutture ad hoc.
- Per quanto concerne la ricerca di informazioni riferite alla tematica invecchiamento, essi rispetto alla popolazione generale fanno grande uso dei social media.

Il rapporto mette in luce inoltre dati di epidemiologia medica più precisi; numerose ricerche precedenti hanno dimostrato una presenza maggiore a sfavore della popolazione LGBT di patologie fisiche e mentali, quali ipertensione arteriosa, diabete, ipercolesterolemia, problemi cardiaci, HIV/AIDS, depressione (Fredriksen-Goldsen, 2011). Lavorare su stigma, vittimizzazione, discriminazione migliora la salute e il benessere, rappresenta anche un vantaggio per i costi della salute. Inoltre una comunicazione appropriata, rispettosa e aperta tra il fornitore di servizi sanitari e il paziente LGBT permette di identificare, comprendere e trattare al meglio la situazione; una ricerca ha dimostrato che a seguito di apertura sul tema del proprio orientamento sessuale il paziente si sentirà anche in grado di parlare dei comportamenti a rischio (The Fenway Institute, 2013).

Di primo acchito sembra possibile affermare che il nucleo della questione è di tipo relazionale. A contenuti appropriati dovrebbe seguire una modalità adeguata e pertinente di comunicazione. È indubbio che negli ultimi tre decenni si siano fatti molti passi avanti; tuttavia permangono omofobia ed eterosessismo tra il personale curante. Questo avrebbe effetti sulla qualità delle cure erogate, effettive e percepite (Irwin, 2007). Omofobia ed eterosessismo sono due espressioni del medesimo fenomeno, ovvero la discriminazione. Attenuati solo parzialmente dall'intervento legislativo che tende alla protezione dei diritti soggettivi, si persegue difficilmente, e in parte, la promozione di una sostanziale equità. L'autrice chiarisce che le forme di discriminazione possono essere molteplici: mancanza di riconoscimento delle relazioni, scarsa presenza di norme a tutela delle situazioni di disparità e debolezza, trattamenti sanitari non erogati in modo ottimale. Come in un circolo vizioso ciò, data la discriminazione subita, porta a sotto utilizzazione dei servizi sanitari e ciò si traduce in un peggior capitale-salute. Aspetto estremamente rilevante per la pratica professionale in molti codici di deontologia del personale infermieristico (Irwin, 2007) si fa riferimento alla responsabilità dell'infermiere di facilitare la partecipazione degli altri significativi nella Cura del paziente. Inoltre si rileva come nella pratica sia presente anche una discriminazione indiretta e magari non intenzionale. Spesso essa definisce temi LGBT come marginali, secondari e residuali, in quanto riferiti ad una porzione minoritaria della popolazione. Si faccia attenzione al fatto che questa discriminazione non agisce solo verso chi usufruisce della prestazione; anche alcuni operatori sanitari scelgono di non svelare il loro orientamento sessuale per paura di essere discriminati, per non subire una squalifica del loro operato e perché temono degli effetti negativi sulla loro carriera (Bowers, 2006). Queste persone potrebbero essere vittime di discriminazione sia nella vita di tutti i giorni che sull'ambiente di lavoro. Sempre gli stessi autori identificano un'ulteriore peculiarità del tema in questione: la discriminazione nella forma di omofobia sembra essere molto sottovalutata se confrontata con forme di discriminazione quali razzismo o sessismo. Allo scopo di creare un ambiente inclusivo e rispettoso, la necessità di favorire e sostenere una cultura aziendale del rispetto e della comunicazione appropriata (garanzia di rispetto della privacy e del segreto professionale, linguaggio inclusivo e negoziazione con gli attori rilevanti per favorire il riconoscimento dell'individuo e delle sue peculiarità).

È pertanto riconosciuta l'importanza della formazione e dell'educazione continua; in particolare per garantire equità gli studenti devono ricevere contenuti specifici per comprendere e per lavorare con le persone LGBT; questa si configura come l'azione principale per contrastare l'eteronormatività: "L'eterosessismo come norma è una barriera significativa all'equità e alla qualità dell'accesso alle cure" (Bowers, 2006).

Ad ulteriore conferma dell'importanza della trattazione del tema nell'ambito delle formazioni universitarie è importante citare i risultati di uno studio che ha coinvolto studenti di cure infermieristiche e medicina in Svezia (Fredriksen-Goldsen, 2011). Secondo gli studenti non vi è mai stato riferimento attivo alle tematiche, né esplicito; per contro tutti hanno fatto esperienza, sia nell'insegnamento che nella vita di tutti i giorni, di estesa eteronormatività, rendendo invisibili le persone LGBT. Molti di loro si sarebbero auspicati di trattare l'argomento sia in occasione dell'attività clinica che dell'insegnamento. Si riportano come difficoltà la paura del giudizio altrui e in particolare della reazione dei docenti/superiori. Riportare i temi LGBT nella discussione di casi faciliterebbe l'emersione del tema e il modo di trattarlo potrebbe essere più spontaneo.

Se in passato numerosi studi hanno attribuito alla medicina il carattere dell'eteronormatività (Röndahl, Innala, & Carlsson, 2006), oggi dagli studenti dei corsi di cure e medicina emerge la necessità e il desiderio di acquisire delle "LGBT competences".

3.1 Persone LGBT e Medicina: uno sguardo storico

Tracciare una breve ricostruzione storica in merito al rapporto tra le persone LGBT e la medicina del periodo, permette di comprendere oggi alcuni caratteri specifici di questa popolazione, quali stigma ed un certo grado di diffidenza verso le istituzioni di cura (Shapiro & Powell, 2017). Fino alla fine del diciannovesimo secolo l'etichetta di gay non esiste; questo perché le pratiche omosessuali non si riconducono ad un gruppo specifico e non sono elementi di una forma identitaria, ma vengono lette come atti o comportamenti peccaminosi. È agli inizi del '900 che si cerca di inserire queste pratiche nella tassonomia della malattia ed in particolare della malattia mentale (Shapiro & Powell, 2017).

Una delle prime teorie, quella di Krafft-Ebing (1927), spiega l'omosessualità come conseguenza di una "inversione" intrauterina. Infatti, secondo la norma, a provare attrazione per le donne sono gli uomini e a provare attrazione per gli uomini sono le donne; successivamente il termine invertito sarà assegnato anche a travestiti e transessuali. L'omosessualità è in questo periodo vista pertanto come una malattia e perde i caratteri di amoralità e comportamento illecito che precedentemente portava con sé; la logica conseguenza di questa visione si traduce in trattamenti obbligatori secondo la legge non rispettosi della libertà e non adeguati dal punto di vista delle conseguenze (Shapiro & Powell, 2017).

Il crescente interesse rispetto alla sessualità, stimola la produzione di nuova ricerca e teorie, riconsegnandoci una nuova interpretazione della sessualità in termini identitari. Freud, pur facendo riferimento ad una sorta di inversione, afferma che non c'è nulla di cui vergognarsi nell'essere omosessuali e che essa non può essere classificata come malattia, tuttalpiù come una sorta di arresto nello sviluppo sessuale (Freud, 1935). Dagli anni 20 agli anni 40 del '900 si assiste ad un interesse crescente sia in campo medico che psichiatrico delle questioni di genere; inoltre dal punto di vista sociale i gruppi gay iniziano ad auto-organizzarsi creando luoghi di incontro e discussione fisici (bar) e virtuali (riviste o giornali); nasce in questo periodo la cultura gay moderna (Shapiro & Powell, 2017).

Se il periodo precedentemente descritto scorre, tutto sommato, in modo pacifico, gli anni '50 rappresentano una cesura; dopo il termine del secondo conflitto mondiale, la fiducia nella medicina e nella scienza sono massime. Si Riconosce alla disciplina medica un grande potere, declinato in interventi massivi e talvolta violenti: è questo il periodo dell'interventismo. Si pensi al ricorso alla lobotomia e ad altre pratiche di medicina psichiatrica, talvolta agite senza solida evidenza. È in questo ambito che si assiste al massimo grado di trattamento delle persone attratte dallo stesso sesso, senza riconoscimento della loro dignità e sicurezza (Shapiro & Powell, 2017). Il caso rappresentato da Alan Turing è ahimè esemplare: dopo essere stato arrestato in quanto accusato di atti sessuali con uomini, fu condannato alla castrazione chimica (Leavitt, 2006). Oltre a quest'ultimo, numerosi sono i trattamenti usati per cercare di modificare l'orientamento sessuale o le atipie di genere delle vittime: elettroshock, chirurgia e neurochirurgia, psicoanalisi. Tutti i lavori scientifici prodotti negli anni '50 e '60

rinforzano i pregiudizi ed il clima di forte ostilità verso le persone LGBT; molti di loro saranno allontanati dal lavoro, vedranno limitate le possibilità di carriera e saranno spinti ad accettare volontariamente di curarsi. In questo periodo storico l'omosessualità è al tempo stesso sia una malattia che un reato per il quale essere arrestati (Shapiro & Powell, 2017). La forte repressione supportata dal carattere fortemente moralizzante della società del tempo, porterà però alla nascita dei primi movimenti di attivismo in tutela dei diritti civili delle persone LGBT. Solo verso la fine degli anni sessanta si presenta all'orizzonte una maggiore consapevolezza delle dimensioni identitarie riferite alla sessualità.

È Stonewall, nel 1968, il vero punto di svolta, la pietra miliare della rivendicazione dei diritti civili e di un posto nella società. Il movimento di liberazione gay e i movimenti femministi prendono forza e nel 1973 l'omosessualità è parzialmente rimossa come diagnosi dalla classificazione delle malattie mentali previste dal DSM (Bayer, 1987). Negli anni '80 a riportare l'attenzione sulle tematiche LGBT è l'ondata di morte causata dall'AIDS. Il sentimento anti-gay è forte, la medicina appare impotente di fronte a quella che sembra essere la giusta punizione per un comportamento peccaminoso che va respinto (Shapiro & Powell, 2017).

In un percorso non facile nei decenni successivi, attraverso interventi mirati di politica di salute pubblica su gruppi target specifici si è cercato di riabilitare socialmente questa fetta di popolazione; al tempo stesso anche sulla spinta di movimenti per i diritti civili, numerosi Stati hanno adottato politiche inclusive in nome dell'equità. Molto resta da fare per favorire la visibilità ed il benessere delle persone LGBT soprattutto per quanto concerne le persone transessuali ed i percorsi di transizione, le disparità nell'ambito della salute e la ricerca in ambito sanitario.

Più precisamente le persone anziane LGBT di oggi appartengono a tre coorti distinte; i nati tra il 1901 ed il 1924, i nati tra il 1925 ed il 1945 e gli appartenenti alla copiosa generazione Baby Boom (1946-1964) (Hoy-Ellis, 2017). Conoscere gli eventi del periodo rilevante per il singolo permette di situare le esperienze di vita in un contesto ben preciso, a tutto vantaggio della corretta individuazione delle informazioni rilevanti per dar risposta al bisogno di salute.

4. Parte applicativa: revisione sistematica della letteratura

4.1 Quesito clinico

Questo lavoro di tesi si prefigura come una revisione sistematica della letteratura per rispondere al seguente quesito clinico:

Cosa rivela la letteratura attuale riguardo a quali conoscenze e gli atteggiamenti che i curanti dovrebbero avere nei confronti dei pazienti anziani LGBT nelle istituzioni di cura?

4.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Per sondare la letteratura riguardo all'argomento della mia domanda di ricerca ho effettuato una breve scoping review in Pubmed, CINHAL e ProQuest per avere un'idea del tipo e della numerosità degli articoli pubblicati e inerenti al mio quesito clinico. Questa veloce scoping review mi ha permesso di capire:

1) che le pubblicazioni riguardo a questo argomento sono scarse e la maggior parte di esse è di tipo qualitativo;
2) che non vi sono pubblicazioni quantitative in tedesco o italiano;
3) che vi è particolare attenzione sulla valutazione dell'efficacia dei training al personale curante, inteso come infermieri e personale dei service providers, perché si approccino nel migliore dei modi ai pazienti anziani LGBT;

Questo mi ha indotto a pensare approfonditamente a come definire i criteri di inclusione ed esclusione per selezionare studi quantitativi e qualitativi che avessero un rischio di errori basso e una buona validità esterna in modo che i dati estrapolati potessero essere generalizzati. Perciò per aiutarmi nel definire tali criteri ho deciso di utilizzare la tabella PICO (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, n.d.), L'acronimo PICO significa:

P= Patient o Population o Problem;
I= Intervention;
C= Comparator;
O= Outcome.

Nel caso di questa revisione, che indaga quali siano le conoscenze e gli atteggiamenti che i curanti dovrebbero avere per curare al meglio pazienti anziani LGBT in CpA, non si può applicare il principio della comparazione, inteso come confronto con un altro trattamento:

Tabella 4-1: PICO utilizzato nella tesi

P = Population	Curanti (infermiere/infermieri, medici e personale di supporto).
I = Intervention	Corsi per sviluppare competenze, strategie e ambienti inclusivi
C= Comparator	Non applicabile
O= Outcome	Competenze e atteggiamenti da usare come da evidenze pubblicate.

Basandomi sul PICO, sui risultati preliminari della scoping review e sul fatto che l'OMS ha cancellato l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali il 17 Maggio 1990 ho formulato i seguenti criteri di inclusione:

1) Studio primario quantitativo o qualitativo condotto tra il 1990 e il 2018 che analizza quali sono gli atteggiamenti e le conoscenze che i curanti (incluso "service providers") dovrebbero avere per offrire cure adeguate a pazienti anziani lesbiche o gay o bisessuali o transessuali.
2) Studio primario quantitativo o qualitativo condotto tra il 1990 e il 2018 che analizza l'efficacia di training per i curanti (incluso service providers) per lavorare con pazienti anziani LGBT nelle istituzioni di cura.
3) Studi condotti in Paesi con una legislazione che riconosce i diritti dei cittadini LGBT simile a quella Svizzera.
4) Studi in Inglese.

E definiti i seguenti criteri di esclusione:

1) Qualsiasi studio primario quantitativo o qualitativo che analizzi gli atteggiamenti e le conoscenze che altri tipi di "caregiver", diversi dai curanti (ad esempio parenti, conoscenti, etc.) dovrebbero avere per offrire cure adeguate a pazienti anziani lesbiche o gay o bisessuali o transessuali.
2) Qualsiasi studio primario qualitativo che analizzi gli atteggiamenti e le conoscenze che i curanti dovrebbero avere per offrire cure adeguate a pazienti anziani lesbiche o gay o bisessuali o transessuali e che abbiano un punteggio inferiore a 11 secondo la checklist di qualità semplificata di Downs and Black (1998) per studi randomizzati e non randomizzati, come nell'articolo di Trac (2016).

Con quest'ultimo criterio di esclusione ho cercato di limitare il numero di articoli qualitativi, da inserire nelle fasi successive di analisi della review sistematica, a quegli articoli che avessero un rischio medio-basso di errori, ovvero gli articoli dovevano raggiungere un punteggio di almeno 11 punti, sulla base della checklist suddetta. Considerando che il punteggio massimo che si può assegnare ad un articolo con questa checklist è di 27 punti, ho applicato la seguente graduatoria:

- ≥17 punti: rischio basso di errori (bias), alta validità esterna;
- ≥11 e ≤ 16: rischio medio di errori, media validità esterna;
- <11: rischio alto di errori, bassa validità esterna.

Questa checklist permette di valutare:

- La qualità dei dati riportati;
- La validità interna (intesa come errori nel selezionare il campione negli studi analizzati e intesa come elementi che possono inficiare l'analisi).
- La validità esterna, intesa come la possibilità di generalizzare i risultati ad altre persone esterne al campione analizzato.

Ho scelto questa checklist perché analizzando gli studi identificati mi sono accorto che tutti erano non-randomizzati e quindi serviva una specifica checklist che tenesse conto di questa caratteristica.

4.3 Parole chiave e banche dati utilizzate

Durante la ricerca in letteratura ho utilizzato le seguenti 25 parole chiave:

- Attitudes
- Bisexual
- Cultural competency training
- Challenges
- Discrimination
- Educational standards
- Elder LGBT
- Gay
- Health
- Healthcare disparities
- Housing
- Lesbian
- Lesbian aging
- Long-term care
- LGBT-friendly services
- Minority aging
- Nurse
- Nursing
- Older adults
- Opportunities
- Service providers
- Sexual orientation
- Study
- Transgender
- Training

Le parole chiave erano organizzate in stringhe di 3 parole unite dall'operatore booleano "AND", in modo da assicurare sempre che il contesto fosse all'interno della comunità LGBT. Nella tabella qui sotto sono riportate alcune delle stringhe usate (vedi Appendice 1 per tutte le stringhe usate).

Tabella 4-2: Esempi di stringhe usate nella ricerca degli articoli

Nurse AND LGBT AND older adults	Cultural Competency training AND LGBT AND older adults	Healthcare disparities AND LGBT AND older adults
LGBT-friendly services AND LGBT AND older adults	LGBT-friendly services AND LGBT AND older adults AND housing	Nursing AND LGBT and older adults and housing
Nursing AND LGBT AND older adults	LGBT AND older adults AND Long-Term Care	Nurse AND Gay AND older adults

Per la ricerca in letteratura ho utilizzato le seguenti banche dati:

CINAHL
Google Scholar
OVID – Medline

ProQuest
PubMed/PubMed Central
Web of Science

5. Risultati

5.1 Articoli individuati

La ricerca nelle banche dati utilizzando le stringhe descritte in Sezione 4.3, le referenze in alcuni articoli di alcuni autori chiave come Karen Fredriksen-Goldsen (2014) e Anissa Rogers (2013) mi hanno permesso di individuare 311 articoli e 27 capitoli di libri che riportavano le parole chiave utilizzate. Dopo l'eliminazione degli articoli duplicati, derivanti dalle ricerche nelle diverse banche dati, sono rimasti 246 elementi tra articoli e capitoli di libri da controllare rispetto ai criteri di inclusione e di esclusione.

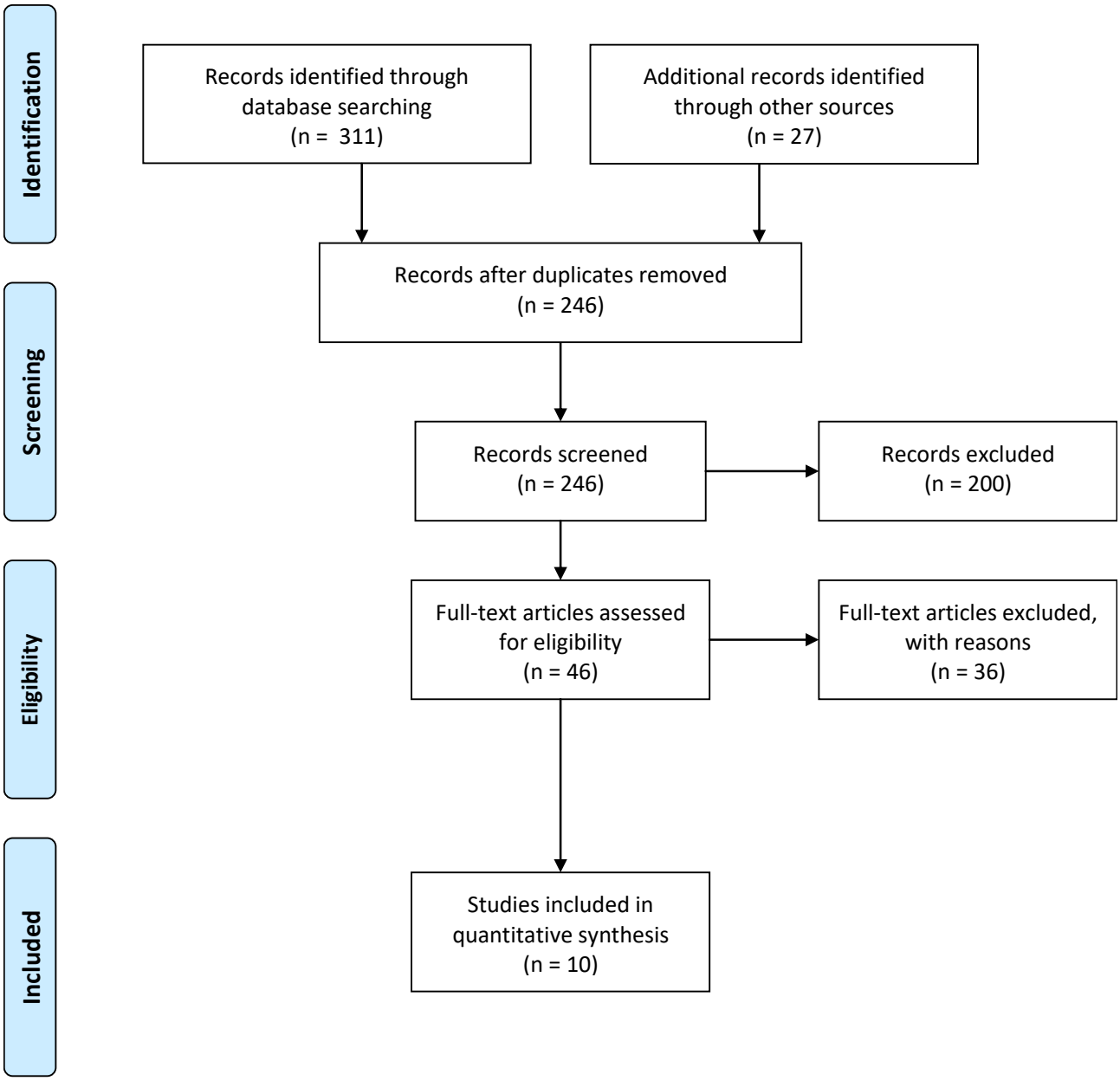
Inizialmente ho controllato tutti gli articoli e i capitoli verificando che l'abstract rispettasse i criteri di inclusione e non verificasse i criteri di esclusione (vedi Sezione 4.2).

In questo modo ho eliminato dall'analisi 173 articoli, e tutti i 27 capitoli dei libri in quanto non hanno superato il controllo. In totale quindi sono rimasti 46 articoli da controllare ulteriormente.

Ho letto interamente una prima volta questi articoli per verificare la rispondenza ai criteri di inclusione, e per controllare che non verificassero i criteri di esclusione. Contemporaneamente a questa lettura ho eseguito la valutazione della qualità degli articoli utilizzando la checklist semplificata di Downs and Black (1998) per studi randomizzati e non randomizzati. Dopodiché, ho lasciato passare 2 settimane e ho fatto un secondo controllo rileggendo di nuovo interamente i 46 articoli e compilando una seconda checklist di qualità: per controllare nuovamente che gli articoli rispondessero ai criteri di inclusione e non verificassero i criteri di esclusione. Al termine di questa verifica ho scartato 36 articoli sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione (quest'ultimo includendo il punteggio di qualità, calcolato utilizzando la checklist descritta sopra).

Alla fine di questo processo, riportato schematicamente nel diagramma di flusso PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009, vedi Figura 5-1), sono rimasti 10 articoli che sono stati selezionati per essere valutati in questa review sistematica.

Figura 5-1 Diagramma di Flusso PRISMA



La tabella 5-1 riporta gli articoli identificati, mentre la tabella 5-2 riporta le loro caratteristiche principali.

Tabella 5-1: Articoli identificati

Autore (anno)	Titolo	Rivista
Fredriksen-Goldsen, Hoy-Ellis, Goldsen, Emlet, & Hooyman (2014)	Creating a Vision for the Future: Key Competencies and Strategies for Culturally Competent Practice with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults in the Health and Human Services	Journal of Gerontological Social Work
Gendron et al. (2013)	Cultural Competence Training for Healthcare Professionals Working with LGBT Older Adults	Educational Gerontology
Hardacker, Rubinstein, Hotton, & Houlberg (2014)	Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum	Journal of Nursing Management
Leyerzapf, Visse, De Beer, & Abma (2018)	Gay-friendly elderly care: creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm	Ageing & Society
Leyva, Breshears, & Ringstad, (2014)	Assessing the Efficacy of LGBT Cultural Competency Training for Aging Services Providers in California's Central Valley	Journal of Gerontological Social Work
Moone, Cagle, Croghan, & Smith (2014)	Working with LGBT Older Adults: An Assessment of Employee Training Practices, Needs, and Preferences of Senior Service Organizations in Minnesota	Journal of Gerontological Social Work
Portz et al. (2014)	Assessing Capacity for Providing Culturally Competent Services to LGBT Older Adults	Journal of Gerontological Social Work
(Rogers et al., 2013)	Older LGBT Adult Training Panels: An Opportunity to Educate About Issues Faced by the Older LGBT Community	Journal of Gerontological Social Work
Sussman et al. (2018)	Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective	Canadian Journal on Aging
Willis, Maegusuku-Hewett, Raithby, & Miles, (2016)	Swimming upstream: the provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales	Ageing & Society

Tabella 5-2: Articoli identificati e loro caratteristiche principali

Autore e anno	Paese (città/zona geografica)	Popolazione	Numerosità Campione	Metodo	Follow-up	Finanziatore
Fredriksen-Goldsen et al. (2014)	USA	Studenti lavoratori nel sociale e membri dello staff che lavorano con anziani	2400 persone	Analisi dei risultati del progetto di ricerca nazionale "Caring and Aging with Pride: The National Health, Aging and Sexuality Study" pubblicato col titolo Health disparities among lesbian, gay, male and bisexual (LGB) older adults: Results from a population-based study (Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Muraco, & Hoy-Ellis, 2013)	No	University of Washington
Gendron et al. (2013)	USA (Richmond, Virginia e dintorni)	Curanti e membri dello staff che lavorano con anziani	199 persone	Studio non randomizzato, con controllo interno: test prima e dopo un training di competenza culturale.	Alla fine del corso	Virginia Commonwealth University
Hardacker et al. (2014)	USA (Chicago e dintorni)	Infermiere ed infermieri e altre figure coinvolte nella cura	848 persone	Studio non randomizzato, con controllo interno: test prima e dopo un training di competenza culturale	Alla fine del corso	Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, the Bureau of Health Professional, Division of Diversity and Interdisciplinary Education.
Leyerzapf et al. (2018)	Olanda (Amsterdam e Rotterdam)	Professionisti della cura LGBT ed eterosessuali e anziani LGBT ed eterosessuali	64 persone	"Critical Case sampling" per identificare le strutture da studiare; campionamento a valanga per individuare i partecipanti; "Applied Responsive Research" usando 16 interviste semi-strutturate e le osservazioni informali dei partecipanti durante lo svolgimento	No	The Netherlands Organization for Health Research and Development

				del loro lavoro (fino a 100 ore di osservazione) e partecipazione a 5 focus group		
Leyva et al. (2014)	USA	Lavoratori nel sociale, infermiere/i, membri dello staff che lavorano con anziani, manager di case di riposo, counselor, religiosi.	123 persone	Studio non randomizzato, con controllo interno: test prima e dopo un training di competenza culturale e 4 workshop.	Alla fine del corso	California State University
Moone et al. (2014)	USA (Minnesota)	Varie figure coinvolte nella cura di pazienti anziani, inclusi infermiere/i	500/1000 persone	Analisi statistica (alpha levels) di risposte ad un questionario specifico	No	University of Maryland- Baltimore
Portz et al. (2014)	USA (Denver)	Varie figure coinvolte nella cura di pazienti anziani, inclusi infermiere/i	30 persone	Rapid assessment tecniques attraverso interviste e analisi utilizzando structure coding e process coding.	No	National Institues of Health Colorado
Rogers et al. (2013)	USA (Portland e dintorni)	Varie figure coinvolte nella cura di pazienti anziani, inclusi infermiere/i, studenti nel sociale e cure infermieristiche	605 persone	Analisi statistica delle valutazioni qualitative e quantitative dopo training con esperti LGBT	No	University of Portland
Sussman et al. (2018)	Canada (Toronto, Ottawa, Vancouver, Victoria, Montreal, Quebec City)	Case di riposo	64 persone	Analisi delle frequenze dei temi principali ottenuti con un sondaggio telefonico in aggiunta all'analisi delle frequenze dei temi principali ottenuti durante un meeting di due giorni	Meeting di due giorni con le stesse persone intervistate telefonicamente	McGill University, University of Quebec, York University, University of Sherbrooke
Willis et al. (2016)	Gran Bretagna (Galles)	Varie figure coinvolte nella cura di pazienti anziani in case di riposo, inclusi infermiere/i (Coorte 1), LGBT con un'età compresa tra i 50 e i 76 anni (Coorte 2)	41 (Coorte 1), 29 (Coorte 2) persone	Analisi con software NVivo di self-administered questionnaires e focus group per coorte 1, analisi con software NVivo di trascritti delle interviste per coorte 2	No	National Institute for Social Care and Health Research, Welsh Government

Nella tabella 5-3 è possibile vedere la valutazione dei 10 articoli selezionati utilizzando la checklist di qualità semplificata di Downs and Black (1998) per studi randomizzati e non randomizzati, come nell'articolo di Trac (2016) (per avere il dettaglio delle risposte e l'esempio della checklist utilizzata si possono consultare rispettivamente le Appendici 2 e 3).

Tabella 5-3: Analisi qualitativa degli articoli utilizzando la checklist modificata di Downs and Black (Trac et al., 2016).

Studio	Punteggio sezione "Reporting"	Punteggio sezione "External Validity"	Punteggio "Internal validity – bias"	Punteggio "Internal validity – confounding"	Punteggio "Power"	Punteggio Totale
Fredriksen-Goldsen et al. (2014) *	6	2	0	3	0	11
Gendron et al. (2013)	7	0	4	2	0	13
Hardacker et al. (2014)	8	2	1	3	0	14
Leyerzapf et al. (2018)	7	2	0	2	0	11
Leyva et al. (2014)	10	2	2	3	0	17
Moone et al. (2014)	9	2	2	3	0	16
Portz et al. (2014) *	7	2	3	3	0	15
Rogers et al. (2013)	7	3	1	0	0	11
Sussman et al. (2018) *	6	2	1	2	0	11
Willis et al. (2016)*	7	2	1	3	0	13

*articoli qualitativi

Un solo articolo ha raggiunto il punteggio di 17 punti, configurandosi come quello a più basso rischio di errori (bias), in quanto tutti i dati sono stati raccolti pre e post training (quindi con un controllo interno) e analizzati statisticamente in modo molto preciso. Cinque articoli si sono qualificati con un punteggio tra 13 e 16, e quattro con un punteggio di 11. Tutti questi 10 articoli presentano un rischio medio di errori, ma il differente punteggio indica diversi approcci nello studio. I cinque articoli con un punteggio tra 13 e 16 hanno usato un controllo interno, oppure hanno analizzato i dati statisticamente o con metodi scientifici. Invece i quattro articoli che hanno ricevuto il punteggio di 11 non hanno utilizzato un controllo interno. Comunque gli autori di questi quattro articoli erano ben consapevoli dei bias delle loro analisi e li hanno sottolineati chiaramente nell'articolo stesso. Per questo motivo li ho inseriti nella review sistematica. Inoltre si noti come gli articoli di Fredriksen-Goldsen (2014) e Sussman (2018), nonostante siano qualitativi, abbiano raggiunto un punteggio uguale a 11, a dimostrazione dell'analisi precisa fatta sui dati stessi dagli autori. Portz (2014) e Willis (2016), anch'essi qualitativi, hanno addirittura raggiunto rispettivamente i punteggi di 15 e di 13.

5.2 Conoscenze e atteggiamenti da tenere nei confronti di pazienti LGBT

In tabella 5-4 sono riassunti i risultati dei 10 articoli identificati, è riportata anche la significatività statistica, se calcolata nell'articolo stesso.

Tabella 5-4: Risultati dei 10 articoli identificati

Studio	Risultati	Risultati statisticamente significativi
Fredriksen-Goldsen et al. (2014)	Lo studio, analizzando i risultati del primo studio di ricerca nazionale negli Stati Uniti, intitolato "Caring and Aging with Pride: The National Health, Aging and Sexuality Study (CAP), pubblicato con il titolo Health disparities among lesbian, gay, male and bisexual (LGB) older adults: Results from a population-based study (Fredriksen-Goldsen et al., 2013) ha identificato 10 competenze e ha allineato le stesse con specifiche strategie per migliorare le pratiche professionali e i servizi in modo da promuovere il benessere degli anziani LGBT e delle loro famiglie. Le 10 competenze e le strategie sono le seguenti: 1) Competenza: analizzare criticamente gli atteggiamenti personali e professionali nei confronti dell'orientamento sessuale, identità di genere, età e capire come fattori come la cultura, religione, mezzi d'informazione e il Sistema sanitario influenza gli atteggiamenti e il processo decisionale; strategia: online tool da usare per sviluppare le conoscenze e le strategie per lavorare con dilemmi etici, ad esempio Ethics Framework: Overview (Frolic, et al., 2010) e IDEA: Ethical Decision-Making Framework (Trillium Health Centre, n.d.). 2) Competenza: capire e suddividere i modi in cui i contesti sociali e culturali più ampi possono avere un impatto negativo sugli anziani LGBT come una popolazione storicamente svantaggiata; strategia: capire le differenze nella vita degli anziani LGBT rispetto ai coetanei eterosessuali utilizzando articoli o documentari come Gen Silent (Maddux & Applebaum, 2010). 3) Competenza: distinguere le somiglianze e le differenze all'interno dei sottogruppi degli adulti LGBT anziani, così come le loro identità che si intersecano (come età, genere, razza e stato di salute) per sviluppare strategie di salute su misura e reattive; strategia: consultare annualmente esperti di tematiche LGBT in maniera da continuare a gestire gli anziani con competenza culturale. 4) Competenza: applicare le teorie sull'invecchiamento, le prospettive sociali e sanitarie e le conoscenze più aggiornate disponibili per impegnarsi in pratiche culturalmente competenti con gli anziani LGBT; strategia: mantenersi aggiornati utilizzando fonti o siti specifici come LGBT Aging Project (http://www.lgbtagingproject.org), National Resource Center on LGBT Aging (http://www.lgbtagingcenter.org/index.cfm), and Training to Serve in Minnesota (http://www.trainingtoserve.org). 5) Competenza: quando si conduce una valutazione bio-psicosociale completa, si deve assistere ai modi in cui il contesto sociale più ampio e i rischi e le risorse strutturali e ambientali possono avere un impatto sugli adulti LGBT più anziani; strategia: per rispondere alle esigenze degli anziani, delle loro famiglie e di altre persone che	Non applicabile

	li aiutano le case di riposo dovrebbero avere una lista con tutti i servizi disponibili a livello locale e nazionale adatti, come il National Resource Center on LGBT Aging (http://www. lgbtagingcenter.org/index.cfm), and Services and Advocacy for GLBT Elders (SAGE; http://www.sageusa.org/about/index.cfm). 6) Competenza: quando si utilizzano l'empatia e le competenze di intervista sensibile durante la valutazione e l'intervento, assicurarsi che l'uso della lingua sia appropriato per lavorare con gli anziani LGBT per stabilire e costruire rapporti; strategia: usando vocaboli adatti e chiedendo direttamente al paziente come desidera che ci si rivolga a lui/lei. Una fonte potrebbe essere il Publication Manual of the American Psychological Association che contiene varie linee guida. 7) Competenza: comprendere e suddividere i modi in cui le politiche di agenzia, programma e servizio fanno emarginare o non fanno emarginare e discriminano nei confronti degli adulti LGBT anziani; strategia: tool da usare per valutare come l'agenzia si pone nei confronti della popolazione LGBT. Ad esempio usando lo Human Rights Campaign's Healthcare Equality Index (HEI; http://www.hrc. org/hei#. Um1UOoPn9LM). 8) Competenza: comprendere e suddividere i modi in cui le leggi locali, statali e federali influenzano negativamente e positivamente gli anziani LGBT, per difendere la loro causa; strategia: fare riferimento a fonti o siti di associazioni LGBT che possono dare indicazioni legali, come ad esempio Human Rights Campaign (http://www.hrc.org/) and Lambda Legal (2010). 9) Competenza: fornire un'assistenza sensibile e appropriata agli anziani LGBT, alle loro famiglie, ai caregiver e ad altri sostegni per identificare e affrontare le lacune, la frammentazione e le barriere del servizio, che influenzano gli anziani LGBT; strategia: aderire al Safe Zone Project, mostrando il logo vicino al nome dell'agenzia. L'adesione a questo progetto comporta l'accettazione e il rispetto degli individui LGBT e l'impegno ad assumere personale LGBT o istruire il personale in maniera che sia esperto nel lavorare con anziani LGBT. 10) Competenza: migliorare la capacità degli anziani LGBT e delle loro famiglie, assistenti sanitari e altri supporti per navigare tra servizi di invecchiamento, servizi sociali e sanitari. Inoltre lo studio ha validato una scala che permette di valutare rapidamente il livello di competenze per lavorare con anziani LGBT, individuando le aree di miglioramento o il livello globale; strategia: coinvolgere i pazienti stessi, permettendogli di raccontare le loro esperienze e di usare il loro know-how in modo che diventino sostenitori di se stessi e delle loro famiglie, così da navigare tra i numerosi e complessi servizi disponibili.	
Gendron et al. (2013)	Conferma, basata sulla significatività statistica, che il training denominato "A caring Response for LGBT Clients: Cultural competency training", un training interattivo di competenza culturale basato sull'uso del documentario Gen Silent (Maddux & Applebaum, 2010), un documentario che segue la vita di un gruppo di anziani LGBT nell'area di Boston), su varie attività didattiche, esercizi interattivi, giochi di ruolo, indovinelli, sessioni di brainstorming aumenta la consapevolezza nei curanti dei problemi di salute specifici dei pazienti anziani LGBT e aumenta la consapevolezza di come lavorare con pazienti anziani LGBT. Il training ha una durata di circa 2 ore per la versione breve e di 4 ore per quella estesa. Ad ogni sessione partecipano due trainer e un facilitatore.	t test per dati appaiati, $p<0.001$
Hardacker et al. (2014)	Conferma, basata sulla significatività statistica, che un training intitolato Health Education about LGBT Elders (HEALE), per lo sviluppo di competenza culturale, e validato da esperti, aumenta la consapevolezza nei curanti riguardo ai problemi di salute specifici dei pazienti anziani LGBT, alle disparità di cura, alla sessualità LGBT, ai	t test per dati appaiati, $p<0.01$

	problemi dei transgender anziani e riguardo all'HIV. Il training è composto da 6 moduli di un'ora ciascuno dai seguenti titoli: 1) Introduzione alla comunità degli anziani LGBT; 2) Barriere all'accesso alla cura e disparità di cura; 3) Sesso e sessualità negli anziani LGBT; 4) Preoccupazioni legali degli anziani LGBT; 5) Introduzione alla comunità transgender; 6) Virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV) e invecchiamento.	
Leyerzapf et al. (2018)	Identificazione delle caratteristiche che una casa di riposo deve avere per creare un ambiente inclusivo per gli anziani LGBT, attraverso una ricerca basata su interviste, osservazione informale, focus group con anziani LGBT ed eterosessuali e curanti LGBT ed eterosessuali in tre case di riposo (ad Amsterdam e Rotterdam) insignite del riconoscimento Pink Passkey Award per cure gay-friendly. La raccolta dei dati, effettuata tramite i tre diversi metodi, l'analisi dei dati effettuata utilizzando un'analisi tematica e un'analisi sistematica e induttiva, insieme alla discussione critica dei risultati all'interno del team e con un comitato consultivo di 11 persone (rappresentanti di organizzazioni a favore degli anziani in case di riposo e anziani LGBT) ha permesso di ridurre notevolmente i bias dello studio e di identificare quattro temi principali: organizzazione di cure gay-friendly; esclusione sociale, invisibilità e indifferenza; sicurezza, sentirsi a casa ed essere se stessi; corrispondenza tra le esperienze di anziani LGBT ed eterosessuali.	Non applicabile
Leyva et al. (2014)	Conferma, basata sulla significatività statistica, che un training di competenza culturale di un giorno sviluppato dall'associazione LGBT Roundtable migliora la conoscenza, le skills e gli atteggiamenti nei confronti di pazienti LGBT anziani, trattando le tematiche di discriminazione e maltrattamento sperimentati dagli anziani LGBT, i diritti legali e le principali preoccupazioni degli anziani LGBT. Il training dura un giorno intero e tratta 4 aree principali attraverso 4 workshop: a) Informazioni di base e terminologia pertinente per pazienti LGBT; b) Come assistere anziani LGBT ad accedere a case di riposo culturalmente competenti; c) Come rendere gli ambienti della casa di riposo "gay friendly"; d) Problemi legali affrontati da questo tipo di popolazione.	t test per dati appaiati, con consistenza interna, p=0.000
Moone et al. (2014)	Lo studio, basandosi sull'analisi delle frequenze delle risposte ad un sondaggio di marketing in tutto lo stato del Minnesota, ha identificato che il training di competenza culturale per persone anziane LGBT, preferito da 184 Agenzie di servizi per anziani in Minnesota è un training somministrato su internet (Webinar, con il 70%) di 1 o 2 ore (64% degli interpellati). Lo studio ha analizzato anche se c'erano differenze significative tra: 1. Preferenze del tipo di training e dimensioni dell'agenzia. 2. Preferenze del tipo di training e l'area coperta dall'agenzia (città, campagna, stato intero) 3. Differenze sul tipo di training tra agenzie che lavorano con anziani LGBT, rispetto ad agenzie che non lavorano con anziani LGBT. L'analisi ha confermato differenze statisticamente significative per tutte e tre le domande.	chi squared test con significatività a p=0.05, domanda 1: p<0.026 domanda 2: p<0.001 domanda 3: p<0.009
Portz et al. (2014)	Lo studio ha analizzato il livello di competenza culturale nei confronti di anziani LGBT di società che forniscono cure o servizi ad anziani nell'area di Denver usando tecniche di valutazione rapida per valutare l'approccio	Non applicabile

	orientato al gruppo, all'azione partecipata, e all'approccio time-sensitive. Le interviste, effettuate da "Seniors Using Supports to Age in Neighborhoods" utilizzavano una serie di domande prestabilite, per standardizzare la sequenza delle domande, e duravano approssimativamente 30-90 minuti. Le interviste, pur se qualitative, sono state analizzate attraverso due cicli di coding: uno strutturale/processuale, che permette di individuare specifiche aree per ulteriore investigazione e le soluzioni messe in atto dalle agenzie per risolvere i problemi che si sono trovate ad affrontare e uno focalizzato che permette di suddividere i risultati del primo coding in categorie salienti. Il tutto è stato poi presentato tramite tabelle di frequenza e percentuale. Sulla base di questa analisi soltanto 4 agenzie sono risultate competenti per servizi per anziani LGBT. 12 agenzie sono risultate migliorabili e 8 non erano culturalmente competenti per lavorare con anziani LGBT.	
Rogers et al. (2013)	Lo studio ha analizzato con il software SPSS Statistics18 i dati di valutazione quantitativa e con una tecnica di contesto interpretativa-fenomenologica i dati valutazione qualitativa (ATLAS.ti) di 605 persone in 34 differenti incontri di training di competenza culturale per anziani LGBT. Il training faceva uso di con un comitato di esperti e si basava su: - un video sui problemi affrontati da anziani LGBT nell'approcciarsi alle case di riposo; - i racconti di alcuni membri del comitato di esperti, ovvero di anziani LGBT; - l'esercizio di tenere un segreto per i partecipanti, per far riflettere come esso impatti sul benessere di una persona e sulle sue relazioni. Dall'analisi è risultato che l'82% dei partecipanti ha considerato il training con gli esperti in grado di offrire informazioni preziose e utili, che il 61% potuto fare una riflessione sui propri preconcetti e attitudini nei confronti degli anziani LGBT in un ambiente sicuro e inclusivo, che il 54% ha ritenuto che il training è necessario per promuover la comprensione, l'accettazione, l'uguaglianza e un cambiamento nella società riguardo ai problemi LGBT, che il 65% ha ritenuto essenziale per l'apprendimento e la riflessione i racconti in prima persona degli anziani LGBT.	Non applicabile
Sussman et al. (2018)	Lo studio ha fatto uso di interviste telefoniche semi-strutturate a 64 case di riposo in sei città principali del Canada (Toronto, Ottawa, Vancouver, Victoria, Montreal, Quebec City) e di un meeting di due giorni in cui sono stati invitati 31 rappresentanti, individuati con un campionamento a valanga, delle case di riposo contattate per valutare quali fossero le strategie già adottate e quali si potessero implementare per creare un ambiente inclusivo per gli anziani LGBT. I dati delle interviste telefoniche sono stati analizzati in tre step: - un'analisi convenzionale del contenuto, che ha permesso di individuare 8 categorie di strategie usate; - una nuova categoria denominata "strategia complessiva" è stata aggiunta basandosi su un'ulteriore analisi delle interviste e dei trend riscontrabili in letteratura per descrivere approcci multifattoriali su più livelli (includendo servizi, programmi, relazioni con la comunità, l'ambiente fisico della casa di riposo; - un'analisi delle frequenze con cui ciascuna categoria veniva menzionata durante ciascuna intervista per individuare le iniziative più usate e quelle meno usate (in quest'analisi sono stati analizzati anche i commenti sul perché determinate iniziative erano state implementate o non implementate). I dati del meeting sono stati analizzati in due step: - nel primo step tutte le note riguardanti problemi pratici e iniziative nelle case di riposi nei confronti di pazienti anziani LGBT sono state riunite;	Non applicabile

	- nel secondo step queste note sono state confrontate con le iniziative e i problemi identificati nelle interviste telefoniche in modo da identificare nuove sfide, gaps o soluzioni non riportate prima. Da questa analisi è risultato che nelle case di riposo di queste sei città canadesi l'iniziativa principale in favore degli anziani LGBT era un training di competenza culturale (69%): nel 45% dei casi a tutto lo staff, nel 44% al management, nell' 11% solo allo staff professionale. La seconda iniziativa più diffusa con il 44% era offrire attività a tema LGBT (training, film, tavole rotonde sul tema, oppure BBQ nel giorno del Gay Pride) in modo da coinvolgere tutti gli anziani nella casa di riposo e creare in taluni casi un'alleanza tra anziani LGBT ed eterosessuali. Seguono poi con il 34% la creazione di un consultivo LGBT che ha indotto ulteriori miglioramenti, un 25% ha deciso di rinnovare il linguaggio nei moduli per renderlo inclusivo, appendere bandiere arcobaleno nella struttura o invitando organizzazioni LGBT nella struttura. Un 19% delle strutture ha utilizzato più di una strategia allo stesso tempo. Ma il 56% delle strutture ha riportato di non aver attivato attività a tema LGBT per paura e preoccupazione per le reazioni degli anziani eterosessuali a queste iniziative.	
Willis et al. (2016)	Lo studio ha evidenziato che in Galles le case di riposo possono essere dei luoghi in cui le preferenze degli anziani LGBT possono essere messe in secondo piano rispetto ai bisogni e alle preferenze dei residenti eterosessuali. Lo studio di tipo qualitativo si è basato sull'utilizzo di 2 coorti. La prima, era costituita da personale di cura e manager che hanno partecipato a 5 focus group. Mentre la seconda coorte era costituita da anziani LGBT (50-76 anni), residenti in Galles sia in zone rurali che in città. Ventinove anziani LGBT sono stati intervistati che sono stati intervistati con domande semi-strutturate. I trascritti dei focus group e delle interviste sono stati codificati con il software NVivo. Questo ha permesso di identificare i seguenti temi nelle interviste con gli anziani LGBT: - esperienze di trattamenti discriminatori - timore che in casa di riposo presumano l'eterosessualità e come questo impatti le cure ricevute e i seguenti da focus group con i curanti e i manager: - uguaglianza intesa come non riconoscimento delle peculiarità degli anziani LGBT - non discussione di tematiche LGBT nelle case di riposo, se non in rari casi, nonostante lo staff curante sia in contatto con il mondo LGBT, ad es per motivi familiari - dimensione della cura separata dall'orientamento sessuale L'articolo propone anche delle soluzioni per ovviare a tutto questo: - training di competenza culturale ai manager, in quanto dai focus è emerso che una leadership forte era necessaria per guidare il cambiamento verso un ambiente più aperto agli anziani LGBT; - comunicare ai visitatori e a tutti i residenti i valori dell'organizzazione, che includono il rispetto degli anziani LGBT - non aspettare che siano gli anziani LGBT a farsi avanti per primi, considerando la storia di discriminazione che ogni anziano può aver subito; - smantellare gli atteggiamenti eteronormativi dello staff; Creare un ambiente in cui gli anziani LGBT sentano di potersi aprire allo staff.	Non Applicabile

La lettura critica dei 10 articoli identificati mi ha permesso di rispondere al quesito clinico di questa revisione sistematica, ovvero: cosa rivela la letteratura attuale riguardo a quali conoscenze e gli atteggiamenti che i curanti dovrebbero avere nei confronti dei pazienti anziani LGBT nelle istituzioni di cura?

Portz (2014), analizzando il livello di competenza culturale dello staff di diverse società che forniscono servizi di cura agli anziani LGBT nell'area di Denver, ha dimostrato che ci sono carenze evidenti per quanto riguarda le conoscenze e gli atteggiamenti adatti per lavorare con anziani LGBT, visto che su 24 agenzie studiate solo 4 si sono classificate come culturalmente competenti, 12 sono risultate migliorabili, mentre 8 non avevano alcuna competenza culturale ed anzi ritenevano che bastasse trattare tutti gli ospiti nello stesso modo, invece di capire le peculiari necessità degli anziani LGBT.

Gendron (2013), Hardacker (2014), Leyva (2014), Moone (2014), Rogers (2013) e Sussman (2018) hanno analizzato diversi tipi di training di competenza culturale e hanno dimostrato con significatività statistica (nel caso dei primi 4 autori soltanto) che i traning migliorano la conoscenza, le skills e gli atteggiamenti dei curanti nei confronti di pazienti LGBT anziani. Seppure vi sia concordanza sul fatto che uno o più training possono migliorare significativamente gli atteggiamenti dei curanti e creare un ambiente più inclusivo, ogni autore ha analizzato gli effetti di un tipo di training differente, somministrato anche con un metodo pedagogico differente. Per esempio per Gendron (2013) l'uso di alcune parti di un documentario sulla vita di anziani LGBT nell'area di Boston, l'uso di varie attività didattiche, esercizi interattivi, giochi di ruolo, indovinelli e sessioni di brainstorming sono efficaci per migliorare gli atteggiamenti dei curanti, soprattutto se il training è effettuato da due trainer esperti e un facilitatore. Hardacker (2014) ritiene che un training strutturato in 6 moduli (HEALE) di un'ora ciascuno riguardo ai problemi di salute specifici dei pazienti anziani LGBT, alle disparità di cura, alla sessualità LGBT, ai problemi dei transgender anziani e riguardo all'HIV sia invece necessario. Il training anche in questo caso veniva eseguito da trainer esperti: provenienti dall'Howard Brown Health Center. Leyva (2014) propone un training di un giorno diviso in 4 workshop che affrontavano 4 differenti tematiche: informazioni di base e terminologia pertinente per pazienti LGBT; come assistere anziani LGBT ad accedere a case di riposo culturalmente competenti; come rendere gli ambienti della casa di riposo "gay friendly"; problemi legali affrontati da questo tipo di popolazione. Il training veniva effettuato da un gruppo di esperti LGBT, alcuni dei quali raccontavano proprie esperienze. Moone (2014), invece, dimostra che alle agenzie, in particolare quelle che non hanno una politica di gestione inclusiva, interessa un training di soltanto una o due ore, in quanto in questo modo il personale non è bloccato in attività non remunerative troppo a lungo. Rogers (2013) propone un training con degli esperti, ovvero gli anziani LGBT stessi, che istruiscano i curanti raccontando le loro personali esperienze e come le discriminazioni subite abbiano influenzato loro e il modo di interagire con gli altri, specialmente in età avanzata. Infine Sussman (2018), senza specificare la durata, conferma che il metodo più utilizzato dalle case di riposo in sei città canadesi per incrementare l'inclusività nelle case di riposo è un training di competenza culturale, amministrato nel 45% dei casi a tutto lo staff, nel 44% dei casi solo al management e nell'11 % al solo staff curante.

Fredriksen-Goldsen (2014) descrive precisamente quali sono le competenze culturali che i curanti dovrebbero imparare, o tramite un training o durante il loro curriculum di studi. L'autrice identifica 10 competenze intese come skills, ma anche suggerisce gli atteggiamenti e le strategie da utilizzare per acquisire quelle competenze, in modo da

creare un ambiente inclusivo e adatto anche agli anziani LGBT, non solo agli anziani eterosessuali.

Qui di seguito sono riportate le competenze:

1) Analizzare criticamente gli atteggiamenti personali e professionali nei confronti dell'orientamento sessuale, identità di genere, età e capire come fattori come la cultura, religione, mezzi d'informazione e il Sistema sanitario e il Sistema di servizi per pazienti influiscono sugli atteggiamenti e il processo decisionale;

2) Capire e suddividere i modi in cui i contesti sociali e culturali più ampi possono avere un impatto negativo sugli anziani LGBT come una popolazione storicamente svantaggiata;

3) Distinguere le somiglianze e le differenze all'interno dei sottogruppi degli adulti LGBT anziani, così come le loro identità che si intersecano (come età, genere, razza e stato di salute) per sviluppare strategie di salute su misura e reattive;

4) Applicare le teorie sull'invecchiamento, le prospettive sociali e sanitarie e le conoscenze più aggiornate disponibili per impegnarsi in pratiche culturalmente competenti con gli anziani LGBT;

5) Quando si conduce una valutazione bio-psicosociale completa, si deve assistere ai modi in cui il contesto sociale più ampio e i rischi e le risorse strutturali e ambientali possono avere un impatto sugli adulti LGBT più anziani;

6) Quando si utilizzano l'empatia e le competenze di intervista sensibile durante la valutazione e l'intervento, assicurarsi che l'uso della lingua sia appropriato per lavorare con gli anziani LGBT per stabilire e costruire rapporti;

7) Comprendere e suddividere i modi in cui le politiche di agenzia, programma e servizio fanno emarginare o non fanno emarginare e discriminano nei confronti degli adulti LGBT anziani

8) Comprendere e suddividere i modi in cui le leggi locali, statali e federali influenzano negativamente e positivamente gli anziani LGBT, per difendere la loro causa;

9) Fornire un'assistenza sensibile e appropriata agli anziani LGBT, alle loro famiglie, ai caregiver e ad altri sostegni per identificare e affrontare le lacune, la frammentazione e le barriere del servizio, che influenzano gli anziani LGBT;

10) Migliorare la capacità degli anziani LGBT e delle loro famiglie, assistenti sanitari e altri supporti per navigare tra servizi di invecchiamento, servizi sociali e sanitari.

Anche Leyerzapf (2018) ha analizzato quali competenze dovrebbero avere i curanti per lavorare cone anziani LGBT, ma anche come i curanti dovrebbero utilizzare queste competenze culturali acquisite per creare degli ambienti inclusivi in case di riposo, sfidando l'eteronormatività. I curanti per questo autore sono in prima fila per poter organizzare una "cura gay friendly":

1) partecipando a training che spieghino la condizione di isolamento e marginalizzazione che gli anziani LGBT possono sperimentare nelle case di riposo,

2) creando degli eventi per gli anziani LGBT, di modo che essi possano sentirsi in uno spazio sicuro e possano essere se stessi, magari in un'area un po' distaccata da quella degli altri anziani, oppure indossando una spilla arcobaleno o altri simboli per far capire agli anziani LGBT che sono i benvenuti, senza aspettare che siano loro a dover esporsi per primi;
3) patrocinando e guidando l'acquisizione di consapevolezza anche da parte degli anziani eterosessuali, di modo da ridurre le possibili discriminazioni;
4) creando un rapporto con gli anziani LGBT, ad esempio scambiando quattro chiacchiere con loro e con i pazienti etero.

Ma, come notato da Willis (2016), i maggiori successi nel creare un ambiente inclusivo si sono avuti facendo partecipare a training di competenza culturale non solo i curanti ma anche i manager della struttura. Cercando poi di comunicare ai residenti eterosessuali e ai loro familiari che frequentano la casa di riposo i valori dell'organizzazione stessa, che includono il rispetto degli anziani LGBT, in maniera da coinvolgere alla fine quante più persone possibile e riuscire a limitare o eliminare atteggiamenti eterosessisti.

6. Discussione dei risultati

I risultati presentati nella sezione precedente, ci permettono di identificare e descrivere le conoscenze e gli atteggiamenti che i curanti dovrebbero avere nei confronti dei pazienti/utenti/ospiti anziani LGBT nelle istituzioni di cura. Un contributo in particolare, quello di Fredriksen-Goldsen (2014), appare molto ricco sia nei contenuti, sia in termini di riflessioni sulle implicazioni pratiche di quanto suggerito. In letteratura si possono trovare molti articoli qualitativi sempre di Fredriksen-Goldsen o di altri autori che espandono la lista di conoscenze e atteggiamenti riportata in Tabella 5-3. Il punto cui tendere è essere in grado di offrire un modello di cura che sia inclusivo e che permetta lo sviluppo del potenziale di ogni soggetto coinvolto nella relazione. Appare chiaro che è necessario da parte dei curanti un lavoro attento sulle proprie rappresentazioni rispetto al tema LGBT (Rogers et al., 2013), individuando criticamente gli elementi (ad esempio pregiudizi o mancanza di conoscenze specifiche) che guidano l'atteggiamento personale e professionale (Fredriksen-Goldsen, 2014); quello che emerge dall'analisi degli articoli presentati, è un approccio culturale nuovo, in cui vi è scambio continuo e pluridirezionale tra le parti coinvolte, in una rappresentazione sistemica dinamica. Serve quindi una strategia complessiva, affinata costantemente grazie all'apporto di tutti i professionisti coinvolti, in un'ottica prima multi-professionale e poi inter-professionale (Sussman et al., 2018).

Come suggerito da Willis (2016) per poter generare il cambiamento auspicato, è necessario avere una rappresentazione corretta e veritiera della situazione ex ante in termini di atti discriminatori, di timori, di presunzione di eterosessualità o di mancato riconoscimento; come affermato anche da Rogers (2013) l'obiettivo degli interventi è la promozione dell'uguaglianza e di un ambiente sicuro e inclusivo; un ulteriore contributo (Leyva et al., 2014) riporta l'attenzione sul tema dell'ambiente sicuro ed inclusivo come strumento per contrastare esclusione sociale, indifferenza ed invisibilità.

Riconoscere l'importanza di un ambiente sicuro ed inclusivo, permette di affrontare il tema della cultura di una determinata organizzazione (Willis et al., 2016) in termini di valori dichiarati; come evidenziato nello studio, conta molto la definizione della propria missione e della propria visione perché vincola ad un agire responsabile e rispettoso in cui l'ospite sente di potersi aprire allo staff. L'inclusione del rispetto degli anziani LGBT tra i propri valori, quindi, induce il cambiamento, così come permette espressioni virtuose di alleanza tra anziani LGBT ed eterosessuali o forme di "autogoverno" come nel caso della creazione del consultivo LGBT (Sussman et al., 2018).

Se l'orizzonte ideale a cui tendere è quello di pieno rispetto e di equità, rimangono talvolta delle resistenze allorquando il cambiamento appare come una minaccia; spesso è la paura e la preoccupazione per la reazione degli anziani eterosessuali a limitare queste nuove iniziative (Sussman et al., 2018). Come suggerito con buona evidenza da gran parte degli studi inclusi nella presente revisione, la risposta non può che essere l'esercizio di pratiche di competenza culturale.

Se i curanti hanno acquisito questa competenza tramite specifici training, come quelli descritti in questa review, o anche tramite il proprio curriculum universitario, come suggerito ad esempio da Lim & Bernstein (2012), allora sono in grado di lavorare con gli anziani LGBT riconoscendo la peculiarità di questa popolazione e le conseguenti implicazioni. Così facendo, chi si occupa della cura, può aiutare l'anziano nel ridefinire o mantenere una traiettoria di vita che sia coerente con il sistema valoriale di cui quest'ultimo è portatore.

Ma cos'è la competenza culturale o pratica di competenza culturale? Con questi termini si intende un approccio duale del curante nei confronti di chi è oggetto della cura: "la prospettiva duale suggerisce la necessità di valutare simultaneamente le forze macro e quelle micro che possono influenzare un paziente o cliente. Per operare con una prospettiva duale il curante dovrebbe essere consapevole dei fattori socioculturali che possono influenzare i pazienti/clienti e allo stesso tempo [dovrebbe essere consapevole] dell'impatto che i sistemi familiare, di parenti e di amici [hanno per il paziente/cliente]" (Van Den Bergh & Crisp, 2004). Dagli anni '90 fino ai primi anni del 21esimo secolo l'uso del termine competenza culturale è diventato sempre più comune per riferirsi alle pratiche di lavoro inclusive nei confronti di popolazioni tra loro disomogenee, intese ad esempio come etnie o classi sociali (Van Den Bergh & Crisp, 2004). In questo senso Van Den Bergh nel 2004 per primo ha proposto di applicare il concetto di competenza culturale anche al lavoro con gruppi formati da minoranze sessuali, ovvero lesbiche, gay, bisessuali e transessuali. Dai risultati si vede come tutti gli autori concordano sul fatto che i curanti devono avere acquisito le pratiche di competenza culturale per lavorare con anziani LGBT, ma ogni autore suggerisce un metodo diverso, di volta in volta più efficace oppure più efficiente, anche dal punto di vista del tempo dedicato al training. Il tema dell'uso di un gruppo di esperti LGBT, ovvero anziani LGBT o persone che abbiano una notevole competenza al riguardo, è stato presentato in 5 articoli su 10. Hardacker (2014) e Leyerzapf (2018) hanno coinvolto indirettamente anziani LGBT o esperti della tematica, con l'obiettivo di far loro testare il training stesso. Nel caso di Fredriksen-Goldsen (2014) viene suggerito di fare riferimento ad un esperto per mantenere aggiornate le pratiche di competenza culturale. Infine Rogers (2013) e Gendron (2013) coinvolgono direttamente gli anziani LGBT e li fanno diventare i trainer stessi (Gendron attraverso il documentario Gen Silent, mentre Rogers dal vivo).

Oltre a strumenti più tradizionali e strutturati, vi sono anche delle risorse virtuali messe a disposizione da associazioni di anziani LGBT che possono aiutare chi volesse saperne di più e chi avesse intenzione di espandere le proprie pratiche di competenza culturale (vedi Tabella 6-1).

Tabella 6-1: Risorse disponibili in internet per espandere le conoscenze di competenza culturale.

Risorsa	Descrizione	Website
LGBT Aging Issues Network	Supporta lo sviluppo professionale, ricerche multidisciplinari e scambio di informazioni attraverso pubblicazioni, webinar e conferenze	http://www.asaging.org/lain/
LGBT Aging Resources Clearinghouse	Vi si possono trovare informazioni per capire e rispettare gli anziani LGBT	http://asaging.org/lgbt_aging_resources_clearinghouse
National LGBT Health Education Center	Offre corsi, informazioni e consulenze ad organizzazioni di cura che cercano di migliorare i loro servizi per anziani LGBT.	https://www.lgbthealtheducation.org
National Resource Center on LGBT Aging	Sito con informazioni per migliorare la qualità dei servizi offerti ad anziani LGBT.	https://www.lgbtagingcenter.org/index.cfm
Services and Advocacy for GLBT Elders	Offre supporto e risorse agli anziani LGBT e ai loro curanti attraverso l'educazione, la difesa delle politiche pubbliche e la formazione per sviluppare competenze culturali.	https://www.sageusa.org/index.cfm

Il punto di partenza per lo sviluppo delle best practices non può che essere quindi il riconoscimento dei pregiudizi (Fredriksen-Goldsen, 2014) e delle rappresentazioni di cui si è portatori in merito alla sessualità dei pazienti (Rogers et al., 2013). Tema, questo, ancora più vasto e talvolta scomodo se si fa riferimento all'universo geriatrico. Comunemente si ritiene che le persone anziane siano "asessuate" e che il desiderio di praticare attività sessuale diminuisca con l'età divenendo presto assente (Davis & Sokan, 2016); tuttavia la letteratura non conferma questa credenza. Il desiderio sessuale è sempre presente anche in età avanzate, mutando forma e modalità espressiva; molte persone anziane hanno infatti una vita sessuale definita soddisfacente (Vann, 2014). Quello che mi preme sottolineare qui è che, se il curante ignora questa dimensione in relazione al suo paziente, oltre al dato clinico, perde anche la possibilità di conoscere una delle possibili identità della persona in termini di impatto del contesto socio, culturale e personale sul sistema di salute (Fredriksen-Goldsen, 2014). Esiste poi, sempre in relazione a questo tema, la cosiddetta. assunzione di eterosessualità in nome del carattere eteronormativo trasmesso dalla cultura dominante. Ed il tema dell'eterosessismo è particolarmente vero in ambito geriatrico. Non ammettere, infatti, che la persona anziana possa non essere eterosessuale, traduce la "credenza che ognuno è o deve essere eterosessuale, e che l'alternativa è "non sana, innaturale e minacciosa per la società" (Leonard, 2002). Al di là delle implicazioni di carattere etico nel non considerare, deliberatamente o meno, una componente dell'identità del soggetto, al di là del non mettere in pratica un agire attento sulla base della cosiddetta "etica delle differenze", come operatori della salute saremmo comunque carenti. Lo saremmo se non considerassimo che anche i soggetti in età avanzata LGBT sono esposti al rischio di contrarre malattie a trasmissione sessuale; questa generazione infatti presenta un bisogno informativo al quale non è stata data risposta in termini di educazione sessuale adeguata (Davis & Sokan, 2016); è poi credenza comune che l'uso di sostanze diminuisca con il crescere dell'età. Se questo è in parte vero per la popolazione generale, la letteratura ci insegna che la coorte del baby-boom (1946-1964) presenta dei tassi di consumo di sostanze illecite più elevati, in

termini relativi, delle generazioni precedenti (Wu & Blazer, 2011). Tutti questi pregiudizi, come fatto notare da Davis & Sokan (2016), finiscono per essere internalizzati dalle persone anziane stesse, che provano disagio e talvolta vergogna in relazione al tema sessualità; appare chiaro che molto può essere fatto affinché ciò non accada. Pensando alle strutture residenziali, sono spesso le attitudini dello staff e dei famigliari a creare barriere alla libera espressione della dimensione affettivo/sessuale (Katz, 2013).

Il tema delle barriere ad un'adeguata presa in carico viene affrontato negli articoli presentati nella revisione; gli outcomes in termini di salute per questa popolazione dipendono anche dai bisogni specifici e dalle conseguenze del cosiddetto minority status (Davis & Sokan, 2016). Non di meno ad agire come barriere alla salute sono anche mancanza di training dei curanti su come rispondere ai bisogni di salute della popolazione LGBT, il minority stress conseguente al minority status e la visibilità o la non-visibilità in merito al proprio orientamento sessuale o identità di genere verso i fornitori dei servizi di cura. In relazione alla somministrazione dei training vi è forte evidenza che le attitudini, le skills e le conoscenze del personale curante dopo la formazione risultano più adeguate per poter garantire una cura di qualità agli anziani LGBT; sono gli stessi partecipanti a considerare i training delle occasioni per acquisire delle importanti informazioni, per riflettere su propri atteggiamenti e per promuovere uguaglianza ed inclusione (Moone et al., 2014; Leyva et al., 2014; Gendron et al., 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

La teoria del minority stress ci illustra perché chi appartiene ad un gruppo "svantaggiato" soffra di stress cronico in seguito a discriminazione, stigma ed omofobia anche interiorizzata (Meyer, 1995). Rispetto al tema della visibilità come facilitante la cura non vi è un'interpretazione univoca; tuttavia parlare del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere al personale curante è importante perché aiuta a creare un rapporto di fiducia e reciprocità (Durso & Meyer, 2012). Inoltre si possono raccogliere informazioni rilevanti ed organizzare al meglio i propri interventi sia clinici in senso stretto che educativi; tuttavia la ricerca dimostra che lo svelare le proprie identità può essere una barriera alla cura in quanto apre la strada a discriminazione, pregiudizi, disparità nei trattamenti e trattamenti subottimali (Lambda Legal, 2010). Come suggerito da Leyerzapf (2018) appare quindi chiaro che l'orizzonte ideale verso cui tendere sia la promozione della "disclosure" ed al tempo stesso l'implementazione di pratiche di competenza culturale per lo staff (Davis & Sokan, 2016). Questo al fine di contrastare altri fattori di non-disclosure; tra di essi il fatto di vedere minacciata la propria privacy, la presunzione di eterosessualità agita da parte dei curanti, cosi come la convinzione che l'orientamento sessuale delle persone anziane sia una variabile irrilevante rispetto alla cura (Willis et al., 2016).

Nell'individuazione dei fattori che influenzano la non-disclosure, oltre a quelli già menzionati vanno considerati anche aspetti specifici del gruppo e delle classi all'interno del medesimo gruppo (Fredriksen-Goldsen, 2014). Sono fattori di carattere socioeconomico (etnia, scolarizzazione e livello economico), caratteristiche proprie del paziente (storia di salute, identità personale come LGBT, esperienze di vita significative, sistema di relazioni) e dimensione del minority stress in termini di grado di omofobia interiorizzata, integrazione nella comunità LGBT, storie di discriminazione multipla (razzismo, sessismo, eterosessismo), stigma (Davis & Sokan, 2016). Facilitare la disclosure permette quindi di aumentare la base di salute, e soprattutto al tempo stesso sottrae la persona all'invisibilità e gli/le riconsegna pieno potere in relazione a desideri, bisogni, aspettative. Rinnova inoltre la partnership tra chi eroga la cura e chi beneficia

della cura e permette al professionista di adoperarsi per evitare che vi possa essere uno svantaggio vero o potenziale.

In altri termini, agire in nome della competenza culturale permette tra l'altro di eliminare la presunzione di eterosessualità includendo nello spettro delle soluzioni ammissibili, in relazione ad orientamento sessuale ed identità di genere, ogni variante. Di contro è importante non cadere nella necessità di creare una categoria ed un nome per tutto, in quanto va riconosciuta la notevole eterogeneità del gruppo LGBT in termini di esperienze e bisogni; si deve poi considerare che una persona può appartenere a più gruppi svantaggiati (per etnia, per storia, per passato migratorio ecc.) e dunque è opportuno saper leggere le relazioni tra le componenti dell'identità (Davis & Sokan, 2016). Ne risulta che tendere all'inclusione, far sentire l'altro benvenuto oltre ad ottimizzare potenzialmente gli esiti di salute ed oltre a creare fiducia e condivisione rispetto al progetto di cura, crea un ambiente sicuro in cui poter massimamente esprimere se stessi (Willis et al., 2016; Leyerzapf et al., 2018).

La presente revisione presenta una forte evidenza in merito all'efficacia delle pratiche di competenza culturale; ma quali dovrebbero essere le componenti? Come riportato dalla tabella 6.2 gli elementi suggeriti per un training di competenza culturale prevedono che vi sia consapevolezza culturale e quindi conoscenza, che la persona abbia un atteggiamento di umiltà culturale inteso come riconoscimento del valore dell'altro e inteso come valorizzazione dell'altro come massimo esperto per se stesso e che tutto ciò sia declinato in un comportamento culturalmente appropriato e reattivo.

Tabella 6-2: Training di competenza culturale: componenti suggerite

Conoscenza (consapevolezza culturale)	**Atteggiamento (umiltà culturale)**	**Comportamento (reattività culturale)**
Definizioni Termini chiave, concetti, ad es. Descrizioni delle relazioni e identità personale. *Storia / cultura / esperienza* Pregiudizio, discriminazione, paura; impatto - sfiducia, ritardo nell'accesso alle cure, prevenzione, disparità di salute. *LGBT/ vecchiaia LGBT* (problemi, preoccupazioni, bisogni in termine di salute/ condizioni di salute, legale, sociale). *Disparità di salute* Differenze e somiglianze tra sottogruppi. *Barriere alla cura e all'origine* Per (a) adulti LGBT, (b) personale, (c) comunità / ambiente. Accesso alle cure e ai servizi Linguaggio Uso appropriato, terminologia,	Solidale Confidenziale Non fa nessun presupposto Comprensione Servizio Rispetto Professionalità Correttezza ed equità Sensibilità Deferenza Onorare la prospettiva individuale come esperto della propria esperienza	*Pratiche e politiche inclusive* Non-omofobo; moduli, materiali, procedure, pratiche, marketing, non-eterosessisti, ecc. *Rispettoso, patrocinatore.* Costruire la fiducia, continuità. *Cultura / ambiente sicuro* Equi servizi onesti e compassionevoli. Fornire feedback, affrontare pregiudizi negli altri. *Impegno* Coinvolgimento nella comunità, formazione continua, misurazione dell'efficacia. *Approccio sistemico* Abbraccia la diversità, attività di routine; raccolta di dati per aggiornare pratiche e procedure. *Incorpora formazione orientata alla cultura, implementa, aggiorna*

impatto appropriati; evitare assunzioni a priori. *Pratiche* Identificare le migliori pratiche sulla base dell'evidenza clinica.		

Tradotta da National Resource Center on LGBT aging

La competenza culturale crea consapevolezza e promuove la visibilità delle persone LGBT anziane, permettendo di erogare una cura adeguata e di qualità; inoltre la sua messa in pratica crea un ambiente favorevole in termini di sicurezza ed inclusione (Davis & Sokan, 2016) innestando un meccanismo virtuoso di benessere. La creazione di competenza culturale è un processo, e come tale deve essere nel lungo periodo e continuo; dovrebbe inoltre coinvolgere tutti gli attori del sistema.

7. Conclusione

7.1 Conclusione del lavoro di tesi

Il presente lavoro di tesi vuole indagare, ricorrendo alla revisione della letteratura scientifica disponibile, in merito alle competenze ed agli atteggiamenti che il personale curante dovrebbe avere al fine di prestare una cura di qualità alle persone anziane LGBT. I risultati emersi dalla ricerca dimostrano che ricorrere a pratiche di competenza culturale permette ai curanti di aumentare il benessere delle persone coinvolte, consegnando allo stesso tempo una serie di strumenti importanti per ottimizzare gli esiti di salute e per saper gestire con beneficio l'incontro con l'alterità. Promuovere la salute e la resilienza nei pazienti anziani LGBT, garantire loro inclusione, non discriminazione e assenza di stigma, rispettando il loro sistema valoriale e la loro traiettoria di vita, sono gli obiettivi che le pratiche di competenza culturale perseguono; più in generale si tratta di essere in grado di gestire le diversità, riconoscendo le peculiarità proprie di ciascun gruppo e valorizzandone il percorso in termini di storia, eventi ed esperienza di vita.

Agire secondo la competenza culturale richiede conoscenza ovvero consapevolezza culturale, ma anche la giusta attitudine; è l'altro il massimo esperto di sé e della sua storia, e per poter partecipare al suo progetto è necessario essere culturalmente umili. Questi contenuti hanno poi bisogno di essere tradotti nella pratica attraverso un modello di comportamento che sia appropriato e responsivo in termini culturali: mettere in atto pratiche e politiche inclusive, tutelare e promuovere i valori della propria organizzazione, ma anche adottare una prospettiva sufficientemente ampia da vedere nella diversity un valore che richiede esso stesso cura.

Il modello della competenza culturale, in un immaginario percorso circolare, è la risposta alla domanda che mi ha spinto a dare avvio a questa ricerca; una domanda nata in occasione delle esperienze di pratica clinica, seguita da una risposta che trova la sua giustificazione, sia in termini di contenuto che di appropriatezza, nella pratica appunto. In merito all'efficacia dei training la presente ricerca dimostra con forte evidenza che i benefici sono notevoli e che il cambiamento in favore di modelli inclusivi e di valorizzazione delle diversità è effettivo. Chi partecipa ai training riporta di aver avuto accesso a delle informazioni importanti che migliorano la conoscenza, le skills e gli atteggiamenti; questi momenti inoltre permettono di riflettere sulle proprie rappresentazioni ed aumentano la consapevolezza rispetto a questioni specifiche

inerenti la salute dei pazienti anziani LGBT e ad eventuali disparità di trattamento. Introdurre in un'organizzazione pratiche di competenza culturale non è facile perché il cambiamento suggerito impatta su variabili software quali la cultura ed i valori; se sulla loro efficacia, quindi, come già affermato, vi è una forte evidenza, in relazione alla loro implementazione permangono delle limitazioni. Il cambiamento culturale è possibile se condiviso e se il progetto che lo sostiene è ritenuto meritevole; in questo senso quindi serve un alto grado di condivisione da parte di tutti i soggetti coinvolti e la considerazione degli interessi di tutte le parti. I training di competenza culturale non possono perciò essere degli eventi isolati, piuttosto vanno visti come momenti di un processo continuo. Nella realtà questo è minacciato dall'elevato turnover del personale nelle istituzioni di cura e dalla dinamica dei turni; inoltre non basta che questi training siano erogati allo staff curante. Dovrebbero essere proposti ad esempio anche agli ospiti. Come rispondere dunque a queste limitazioni rispetto ai training di competenza culturale? La letteratura oggetto di indagine non offre una soluzione univoca e determinata; tuttavia rendere le pratiche di competenza culturale pervasive ed incorporate nell'organizzazione e nella cultura organizzativa sembra essere la strada (Hudson, 2011).

7.2 Possibili sviluppi della ricerca

Gran parte dei contributi oggetto di analisi della presente review, riporta l'attenzione del lettore sul fatto che il tema che unisce popolazione LGBT e salute è solo marginalmente indagato; il riconoscere l'importanza del condurre studi di ricerca è essenziale al fine di comprendere appieno i bisogni di questa sottopopolazione con l'obiettivo di definire, con sempre maggior chiarezza, best practices che possano garantire che la cura erogata sia di qualità sempre crescente (Davis & Sokan, 2016). Esiste tuttavia un interesse crescente anche in ambito accademico nelle formazioni in Nursing e Medicina rispetto al tema in oggetto; questa nuova visione è supportata sia da dati demografici che mostrano un incremento della popolazione anziana LGBT da qui al 2030 (FredriksenGoldsen, 2011), ma anche dalla ritrovata consapevolezza che è necessario riuscire ad acquisire, in quanto attori del sistema, la capacità di identificarne le variabili costituenti e di saper leggere le relazioni di carattere dinamico che tra di esse si instaurano. In altri termini conta l'interazione tra i sistemi (Davis & Sokan, 2016). La raccolta e la creazione di basi di dati adeguate allo scopo sembra quindi rivestire un' importanza centrale. Inoltre se finora la ricerca ha cercato di rendere omogeneo il gruppo anziani LGBT una sfida per il futuro consiste nel cogliere i caratteri di variabilità all'interno del gruppo con l'obiettivo di consegnare una cura sempre più patient centered.

7.3 Riflessione personale sul lavoro

Attraverso la realizzazione di questo lavoro di bachelor ho potuto affrontare un tema che da molto tempo desideravo poter conoscere in modo più approfondito. È stato un viaggio appassionante il trattare questo argomento, in quanto ha reso possibile di confrontarmi con tante persone, professionisti della cura, pazienti, volontari presso associazioni a tutela delle persone LGBT, familiari ed amici. Tutti appassionati ed incuriositi, tutti sinceramente attratti da un tema attuale e ricco; tutti confortati dal fatto che è possibile acquisire queste attitudini e competenze con degli interventi adatti. È questo un tema che mi sta particolarmente a cuore perché strettamente connesso con la dimensione più profonda ed intima di ognuno di noi frutto di evoluzioni difficili ed involuzioni talvolta subite; attraverso questa dissertazione ho voluto riportare al centro

dell’attenzione l’agire attento della Cura che si preoccupa di garantire la dignità e il rispetto dei valori più profondi e al tempo stesso di una Cura attenta ed adeguata in termini di contenuti ed interventi. È stato un lavoro impegnativo, anche a causa della ristrettezza di materiale a disposizione; questo però lo ha reso ancora più interessante. Per il futuro il mio impegno sarà di tradurre nella pratica e condividere quanto acquisito e soprattutto di essere portavoce di chi aspetta il cambiamento.

8. Bibliografia

Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S., & Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, *17*(6), 647–658. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00866.x

Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. Princeton University Press.

Bereano, N. (2015). Share the Care for the LGBT Community. *Journal of Lesbian studies*, 104–106.

Boland, A., Cherry, M. G., & Dickson, R. (2017). *Doing a systematic review.* (2nd edition). United Kingdom: SAGE publishing.

Bowers, R., New South Wales, Department of Health, Northern Sydney Central Coast Health (N.S.W.), University of New England, & School of Health. (2006). *How we manage sexual and gender diversity in the public health system: a research report*. North Sydney NSW: NSW Dept. of Health.

Brando, J., A. (2001). Twice hidden: older gay and lesbian couples, friends and intimacy. *Generations*, *25*, 87–89.

Brotman, S., Ryan, B., & Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *Gerontologist*, *43*, 192–202.

Cahill, S., South, K., & Spade, J. (2001). Outing Age. Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual and transgender elders. *National gay and lesbian task force foundation, New York*.

Claes, J., & Moore, W. (2000). Issues confronting lesbian and gay elders: the challenge for helth and human services providers. *Journal of health and human services administration*, *23*, 181–202.

Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. (n.d.). Disponibile da http://handbook-5-1.cochrane.org/ [2 Luglio 2018]

Davis, T., & Sokan, A. E. (2016). Healthcare, Sexual practices and Cultural Competence with LGBT Elders. In *Handbook of LGBT elders* (Springer). Switzerland: D.A.Harley and P.B. Teaster.

Downs, S. H., & 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. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *52*(6), 377–384.

Durso, L. E., & Meyer, I. (2012). Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Recuperato da https://escholarship.org/uc/item/08b546b6

Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and Disparities among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. *The Public policy and aging report*, *21*(3), 3–7. https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3

Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Promoting Health Equity Among LGBT Mid-Life and Older Adults: Revealing how LGBT mid-life and older adults can attain their full health potential. *Generations (San Francisco, Calif.)*, *38*(4), 86.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., Emlet, C. A., & Hooyman, N. R. (2014). Creating a Vision for the Future: Key Competencies and Strategies for Culturally Competent Practice With Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults in the Health and Human Services. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(0), 80. https://doi.org/10.1080/01634372.2014.890690

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, *103*(10), 1802–1809. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110

Freud, S. (1935). Letter to an american mother.

Frolic, A., Flaherty, B., Fung, S., Jennings, B., Hutchinson, D., Green, L.T. & Cripps, D.(2010). Ethics framework: Overview. Disponibile da http://hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/CLINICAL_ETHICS/HHSEthicsFramework.pdf

Gabrielson, M. L. (2011). “I Will Not Be Discriminated Against”: Older Lesbians Creating New Communities. *Advances in Nursing Science*, *34*(4), 357–373. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182300db8

Gendron, T., Maddux, S., Krinsky, L., White, J., Lockeman, K., Metcalfe, Y., & Aggarwal, S. (2013). Cultural Competence Training for Healthcare Professionals Working with LGBT Older Adults. *Educational Gerontology*, *39*(6), 454–463. https://doi.org/10.1080/03601277.2012.701114

Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M. (2014). Adding silver to the rainbow: the development of the nurses’ health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, *22*(2), 257–266. https://doi.org/10.1111/jonm.12125

Hoy-Ellis, C. P. (2017). Older Adults. In *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients: What Every Healthcare Provider Should Know*. Springer.

Hudson, R. B. (2011). Integrating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults into Aging Policy and Practice. *Public Policy & Aging Report*, *21*(3), 2–2. https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.2

Irwin, L. (2007). Homofobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, *25*(1).

Johnosn, M., J., Jackson, N., C., Arnette, J., K., & Koffman, S., D. (2005). Gay and lesbian perceptions of discrimination in retirement carefacilities. *Journal of homosexuality*, *49*, 83–102.

Katz, A. (2013). Sexuality in nursing care facilities: A personal choice or a problem ? *American Journal of Nursing*, *113*(3), 53–55.

Krafft-Ebing, R. von. (1927). *Psychopathia Sexualis with Especial Reference to the Antiphatic Sexual Instinct: A Medico-forensic Study*. Heinemann.

Lambda Legal, lega. (2010). *When health care isn't caring: Lambda legal's survey of discrimination agaist LGBTpeople and people with HIV*. New York: Lambda Legal.

Leavitt, D. (2006). *The Man Who Knew Too Much: Alan Turing and the Invention of the Computer (Great Discoveries)*. W. W. Norton.

Leonard, W. (2002). *What's the difference? health issues of major concern to gay, lesbian,bisexual, transgender and intersex (GLBTI) Victorians.* (Ministerial AdvisoryCommitee on Gay and Lesbian Health (MACGLH)). Melbourne: Department of Human Services.

Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care: creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing and Society*, *38*(02), 352–377. https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045

Leyva, V. L., Breshears, E. M., & Ringstad, R. (2014). Assessing the Efficacy of LGBT Cultural Competency Training for Aging Services Providers in California's Central

Valley. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(2–4), 335–348. https://doi.org/10.1080/01634372.2013.872215

LGBT aging center (n.d.). LGBT Older Adults in Long-Term Care Facilities: Stories from the Field. Disponibile da http://www. lgbtagingcenter.org/index.cfm. [12 Giugno 2018].

Lim, F. A., & Bernstein, I. (2012). PROMOTING AWARENESS of LGBT Issues in Aging in a Baccalaureate Nursing Program. *Nursing Education Perspectives (National League for Nursing)*, *33*(3), 170–175. https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.3.170

Maddux, S. (produttore esecutivo e regista), & Applebaum, J. (produttore esecutivo). (2010). Gen Silent [DVD]. USA, Interrobag Productions.

Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, *91*(11), 1869–1876.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 38–56.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*(10), 1006–1012. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005

Moone, R. P., Cagle, J. G., Croghan, C. F., & Smith, J. (2014). Working With LGBT Older Adults: An Assessment of Employee Training Practices, Needs, and Preferences of Senior Service Organizations in Minnesota. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(2–4), 322–334. https://doi.org/10.1080/01634372.2013.843630

Mortari, L. (2013). Alle radici della cura. *Thaumàzein | Rivista di Filosofia*, *1*(0), 11–33. https://doi.org/10.13136/thau.v1i0.2

Portz, J. D., Retrum, J. H., Wright, L. A., Boggs, J. M., Wilkins, S., Grimm, C., et al. (2014). Assessing Capacity for Providing Culturally Competent Services to LGBT Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(0), 305. https://doi.org/10.1080/01634372.2013.857378

Price, E. (2005). All but invisible: older gay men and lesbians. *Nursing older people*, *17*, 16–18.

Robert, G., Le Jeune, F., Dondaine, T., Drapier, S., Péron, J., Lozachmeur, C., et al. (2014). Apathy and impaired emotional facial recognition networks overlap in Parkinson's disease: a PET study with conjunction analyses. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *85*(10), 1153–1158. https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-307025

Robert, L., Espinoza, J., & Poll, H. (2014). Out and Visible: the experiences and attitudes of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults, ages 45-75. *Services and Advocacy for GLBT elders*.

Rogers, A., Rebbe, R., Gardella, C., Worlein, M., & Chamberlin, M. (2013). Older LGBT Adult Training Panels: An Opportunity to Educate About Issues Faced by the Older LGBT Community. *Journal of Gerontological Social Work*, *56*(7), 580–595. https://doi.org/10.1080/01634372.2013.811710

Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(4), 373–381. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x

Shapiro, S., & Powell, T. (2017). Medical Intervention and LGBT People: A brief History. In *Trauma, Resilience, and health promotion in LGBT Patients* (Springer International Publishing). Switzerland: K.L.Eckstrand, J.Potter.

Shiu, C., Muraco, A., & Fredriksen-Goldsen, K. (2016). Invisible Care: Friend and Partner Care Among Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Adults. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *7*(3), 527. https://doi.org/10.1086/687325

Sussman, T., Brotman, S., MacIntosh, H., Chamberland, L., MacDonnell, J., Daley, A., et al. (2018). Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 1–12. https://doi.org/10.1017/S0714980818000077

The Fenway Institute. (2013). Asking Patients Questions about Sexual Orientation and Gender Identity in Clinical Settings: A Study in Four Health Center.

Trac, M. H., McArthur, E., Jandoc, R., Dixon, S. N., Nash, D. M., Hackam, D. G., & Garg, A. X. (2016). Macrolide antibiotics and the risk of ventricular arrhythmia in older adults. *Canadian Medical Association Journal*, *188*(7), E120–E129. https://doi.org/10.1503/cmaj.150901

Turner, H. A., & Catania, J. A. (1997). Informal Caregiving to Persons with AIDS in the United States: Caregiver Burden Among Central Cities Residents Eighteen to Forty-Nine Years Old. *American Journal of Community Psychology*, *25*(1), 35–59. https://doi.org/10.1023/A:1024693707990

Trillium Health Centre (n.d.). IDEA: Ethical decision-making framework. Disponibile da https://trilliumhealthpartners.ca/aboutus/Documents/IDEA-Framework-THP.pdf

Van Den Bergh, N., & Crisp, C. (2004). Defining Culturally Competent Practice with Sexual Minorities: Implications for Social Work Education and Practice. *Journal of Social Work Education*, *40*(2), 221–238. https://doi.org/10.1080/10437797.2004.10778491

Vann, M. (2014). Senior sex myths debunked. *Everyday Health*. Medically reviewed by Bass, P.F. Disponibile da http://www.everydayhealth.com/sexual-health/senio-sex-myths-debunked.aspx.

Willis, P., Maegusuku-Hewett, T., Raithby, M., & Miles, P. (2016). Swimming upstream: the provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales. *Ageing and Society*, *36*(02), 282–306. https://doi.org/10.1017/S0144686X14001147

Wu, L.-T., & Blazer, D. G. (2011). Illicit and Nonmedical Drug Use Among Older Adults: A Review. *Journal of aging and health*, *23*(3), 481–504. https://doi.org/10.1177/0898264310386224

8.1 Sitografia

Human Rights Campaign's Healthcare Equality Index. Disponibile da http://www.hrc.org/hei#.Um1UOoPn9LM. [13 Giugno 2018].

Human Rights Campaign. Disponibile da http://www.hrc.org/. [13 Giugno 2018].

LGBT aging center. Disponibile da http://www. lgbtagingcenter.org/index.cfm. [12 Giugno 2018].

LGBT Aging Issues Network. Disponibile da http://www.asaging.org/lain/

LGBT older adults in long term care facilities. Disponibile da https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/NSCLC_LGBT_report.pdf [05 Maggio 2018]

LGBT aging project. Disponibile da http://www.lgbtagingproject.org. [12 Giugno 2018].

LGBT Aging Resources Clearinghouse. Disponibile da http://asaging.org/lgbt_aging_resources_clearinghouse

National LGBT Health Education Center. Disponibile da https://www.lgbthealth education.org

National Resource Center on LGBT Aging. Disponibile da http://www.lgbtagingcenter.org/index.cfm. [12 Giugno 2018].

Services and Advocacy for GLBT Elders. Disponibile da http://www.sageusa.org/about/index.cfm. [12 Giugno 2018].

Sito del Comune di Torino per le politiche di genere. Disponibile da http://www.comune.torino.it/politichedigenere/bm~doc/8-glossario-lgbt-ita.pdf. [26 Giugno 2018].

Training to Serve in Minnesota (http://www.trainingtoserve.org). Disponibile da http://www.lgbtagingproject.org. [12 Giugno 2018].

Appendice 1 – Stringhe utilizzate nella ricerca in banche dati

Nurse AND LGBT AND older adults	Cultural Competency training AND LGBT AND older adults	Healthcare disparities AND LGBT AND older adults
LGBT-friendly services AND LGBT AND older adults	LGBT-friendly services AND LGBT AND older adults AND housing	Nursing And LGBT and older adults and housing
Nursing AND LGBT AND older adults	LGBT AND older adults AND Long-Term Care	Nurse AND Gay AND older adults
Nurse AND Attitudes AND older adults AND LGBT	Nurse AND Bisexual AND older adults	Nursing AND Challenges AND LGBT AND older adults
Elder LGBT AND Nursing	Nursing AND Gay AND older adults	Nurse AND Elder LGBT
Nursing AND Healthcare disparities AND Gay	Nursing AND Healthcare disparities AND elder LGBT	Nursing AND Lesbian AND Long-term care
Nurse AND Lesbian AND Long-term care	Nursing AND Lesbian aging	Nurse AND Challenges AND Lesbian aging
Nurse AND Healthcare disparities AND Lesbian aging	Nursing AND Opportunities AND Elder LGBT	Nursing AND Opportunities AND Lesbian aging
Nursing AND Opportunities AND Gay AND older adults	Nursing AND Opportunities AND Lesbian AND older adults	Nursing AND Opportunities AND Bisex AND older adults
Nursing AND Sexual orientation AND Minority aging	Nurse AND training AND Elder LGBT	Nursing AND training AND Gay AND older adults
Nursing AND Educational standards AND Elder LGBT	Nursing AND Educational standards AND Gay AND older adults	Elder LGBT AND Discrimination AND nursing
Elder LGBT AND Discrimination AND service providers	Nursing AND Opportunities AND Transgender AND older adults	Nursing AND Transgender AND older adults
Nursing AND Transgender AND older adults AND long-term care	Nursing AND Opportunities AND transgender AND older adults	Nurse AND study AND Elder LGBT
Nurse AND study AND Gay AND older adults	Nurse AND study AND Lesbian AND older adults	

Appendice 2 – Risposte alle domande della Cheklist per ogni articolo

Studio	Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?	Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?	Are the characteristics of the patients included in the study clearly described?	Are the interventions of interest clearly described?	Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described?	Are the main findings of the study clearly described?	Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes?
Fredriksen-Goldsen et al.	Y	Y	Y	Y	P	Y	N
Gendron et al.	Y	Y	N	Y	Y	Y	N
Hardacker et al.	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
Leyerzapf et al.	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
Leyva et al.	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Moone et al.	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Portz et al.	Y	N	Y	Y	Y	Y	N
Rogers et al.	Y	Y	Y	Y	P	Y	Y
Sussman et al.	Y	Y	Y	Y	P	Y	N
Willis et al.	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N

Studio	Have all important adverse events that may be a consequence of the intervention been reported?	Have the characteristics of patients lost to follow-up been described?	Have actual probability values been reported (e.g. 0.035 rather than <0.05) for the main outcomes except where the probability value is less than 0.001?	Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited?	Were those subjects who were prepared to participate representative of the entire population from which they were recruited?	Were the staff, places, and facilities where the patients were treated, representative of the treatment the majority of patients receive?	Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received?
Fredriksen-Goldsen et al.	N	N	N	Y	Y	N	N
Gendron et al.	N	Y	N	N	N	N	N
Hardacker et al.	N	N	Y	Y	Y	N	N
Leyerzapf et al.	N	N	N	Y	Y	N	N
Leyva et al.	N	Y	Y	Y	Y	N	N
Moone et al.	N	N	Y	Y	Y	N	N
Portz et al.	N	N	Y	Y	Y	N	N
Rogers et al.	N	N	N	Y	Y	Y	N
Sussman et al.	N	N	N	Y	Y	N	N
Willis et al.	N	N	N	Y	Y	N	N

Studio	Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?	If any of the results of the study were based on "data dredging", was this made clear?	In trials and cohort studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up of patients, or in case-control studies, is the time period between the intervention and outcome the same for cases and controls?	Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?	Was compliance with the intervention/s reliable?	Were the main outcome measures used accurate (valid and reliable)?	Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?
Fredriksen-Goldsen et al	N	N	N	N	N	N	Y
Gendron et al.	N	N	Y	Y	Y	Y	Y
Hardacker et al.	N	N	N	Y	N	Y	N
Leyerzapf et al.	N	N	N	N	N	N	Y
Leyva et al.	N	N	N	Y	N	Y	Y
Moone et al.	N	N	N	Y	N	Y	Y
Portz et al.	N	N	N	N	Y	Y	Y
Rogers et al.	N	N	N	N	N	Y	N
Sussman et al.	N	N	N	N	Y	N	Y
Willis et al.	N	N	N	N	Y	N	Y

Studio	Were study subjects in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited over the same period of time?	Were study subjects randomized to intervention groups?	Was the randomized intervention assignment concealed from both patients and health care staff until recruitment was complete and irrevocable?	Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?	Were losses of patients to follow-up taken into account?	Did the study have sufficient power to detect a clinically important effect where the probability value for a difference being due to chance is less than 5%?
Fredriksen-Goldsen et al.	Y	N	N	Y	N	N
Gendron et al.	N	N	N	Y	N	N
Hardacker et al.	Y	N	N	Y	N	N
Leyerzapf et al.	Y	N	N	N	N	N
Leyva et al.	N	N	Y	Y	N	N
Moone et al.	Y	N	N	Y	N	N
Portz et al.	Y	N	N	Y	N	N
Rogers et al.	N	N	N	N	N	N
Sussman et al.	Y	N	N	N	N	N
Willis et al.	Y	N	N	Y	N	N

Legenda: Y= Yes, N= No, P= Partially

Appendice 3 – Downs and Black Checklist modificata

Item	Criteria	Possible Answers
Reporting		
1	*Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?*	Yes = 1 No = 0
2	*Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?* If the main outcomes are first mentioned in the Results section, the question should be answered no.	Yes = 1 No = 0
3	*Are the characteristics of the patients included in the study clearly described?* In cohort studies and trials, inclusion and/or exclusion criteria should be given. In case-control studies, a case-definition and the source for controls should be given.	Yes = 1 No = 0
4	*Are the interventions of interest clearly described?* Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.	Yes = 1 No = 0
5	*Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described?* A list of principal confounders is provided.	Yes = 2 Partially = 1 No = 0
6	*Are the main findings of the study clearly described?* Simple outcome data (including denominators and numerators) should be reported for all major findings so that the reader can check the major analyses and conclusions. (This question does not cover statistical tests which are considered below).	Yes = 1 No = 0
7	*Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes?* In non-normally distributed data the interquartile range of results should be reported. In normally distributed data the standard error, standard deviation or confidence intervals should be reported. If the distribution of the data is not described, it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.	Yes = 1 No = 0
8	*Have all important adverse events that may be a consequence of the intervention been reported?* This should be answered yes if the study demonstrates that there was a comprehensive attempt to measure adverse events. (A list of possible adverse events is provided).	Yes = 1 No = 0
9	*Have the characteristics of patients lost to follow-up been described?* This should be answered yes where there were no losses to follow-up or where losses to follow-up were so small that findings would be unaffected by their inclusion. This should be answered no where a study does not report the number of patients lost to follow-up.	Yes = 1 No = 0
10	*Have actual probability values been reported (e.g. 0.035 rather than <0.05) for the main outcomes except where the probability value is less than 0.001?*	Yes = 1 No = 0
External validity		
11	*Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited?* The study must identify the source population for patients and describe how the patients were selected. Patients would be representative if they comprised the entire source population, an unselected sample of consecutive patients, or a random sample. Random sampling is only feasible where a list of all members of the relevant population exists. Where a study does not report the proportion of the source population from which the patients are derived, the question should be answered as unable to determine.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0

12	*Were those subjects who were prepared to participate representative of the entire population from which they were recruited?* The proportion of those asked who agreed should be stated. Validation that the sample was representative would include demonstrating that the distribution of the main confounding factors was the same in the study sample and the source population.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
13	*Were the staff, places, and facilities where the patients were treated, representative of the treatment the majority of patients receive?* For the question to be answered yes the study should demonstrate that the intervention was representative of that in use in the source population. The question should be answered no if, for example, the intervention was undertaken in a specialist centre unrepresentative of the hospitals most of the source population would attend.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
Internal validity - bias		
14	*Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received?* For studies where the patients would have no way of knowing which intervention they received, this should be answered yes.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
15	*Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?*	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
16	*If any of the results of the study were based on "data dredging", was this made clear?* Any analyses that had not been planned at the outset of the study should be clearly indicated. If no retrospective unplanned subgroup analyses were reported, then answer yes.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
17	*In trials and cohort studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up of patients, or in case-control studies, is the time period between the intervention and outcome the same for cases and controls?* Where follow-up was the same for all study patients the answer should be yes. If different lengths of follow-up were adjusted for by, for example, survival analysis the answer should be yes. Studies where differences in follow-up are ignored should be answered no.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
18	*Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?* The statistical techniques used must be appropriate to the data. For example nonparametric methods should be used for small sample sizes. Where little statistical analysis has been undertaken but where there is no evidence of bias, the question should be answered yes. If the distribution of the data (normal or not) is not described it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
19	*Was compliance with the intervention/s reliable?* Where there was non-compliance with the allocated treatment or where there was contamination of one group, the question should be answered no. For studies where the effect of any misclassification was likely to bias any association to the null, the question should be answered yes.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
20	*Were the main outcome measures used accurate (valid and reliable)?* For studies where the outcome measures are clearly described, the question should be answered yes. For studies which refer to other work or that demonstrates the outcome measures are accurate, the question should be answered as yes.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
Internal validity - confounding (selection bias)		
21	*Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?* For example, patients for all comparison groups should be selected from the same hospital. The question should be answered unable to determine for cohort and case-control studies where there is no information	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0

	concerning the source of patients included in the study.	
22	*Were study subjects in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited over the same period of time?* For a study which does not specify the time period over which patients were recruited, the question should be answered as unable to determine.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
23	*Were study subjects randomized to intervention groups?* Studies which state that subjects were randomized should be answered yes except where method of randomization would not ensure random allocation. For example alternate allocation would score no because it is predictable.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
24	*Was the randomized intervention assignment concealed from both patients and health care staff until recruitment was complete and irrevocable?* All non-randomized studies should be answered no. If assignment was concealed from patients but not from staff, it should be answered no.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
25	*Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?* This question should be answered no for trials if: the main conclusions of the study were based on analyses of treatment rather than intention to treat; the distribution of known confounders in the different treatment groups was not described; or the distribution of known confounders differed between the treatment groups but was not taken into account in the analyses. In non-randomized studies if the effect of the main confounders was not investigated or confounding was demonstrated but no adjustment was made in the final analyses the question should be answered as no.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
26	*Were losses of patients to follow-up taken into account?* If the numbers of patients lost to follow-up are not reported, the question should be answered as unable to determine. If the proportion lost to follow-up was too small to affect the main findings, the question should be answered yes.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
Power		
27*	*Did the study have sufficient power to detect a clinically important effect where the probability value for a difference being due to chance is less than 5%?* Sample sizes have been calculated to detect a difference of x% and y%.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0

*Item has been modified.

Lavoro di Tesi approvato in data……..