Corpi ai margini
Etichette mediche e vissuti LGBTQI+ nell'accesso alla salute ginecologica

Marginalized bodies: Medical labeling and LGBTQI+ experiences in accessing gynecological healthcare

Giacomo Viggiani *

DOI: 10.14664/rcvs/271

Riassunto

Il contributo analizza l'accesso alla salute ginecologica da parte delle persone LGBTQI+ come un processo di produzione sociale della devianza. Attraverso la rilettura dei dati di una ricerca quantitativa condotta in Italia nel 2023 su 1.078 partecipanti, si mostra come protocolli medici, pratiche amministrative, linguaggi clinici e modelli formativi incorporino un'idea implicita di corpo femminile cisgenere ed eterosessuale. In questa prospettiva, la devianza non è un reato ma una differenza che eccede la norma sanitaria: corpi lesbici, trans, non binari o non riproduttivi diventano "imprevisti", marginali o problematici per il sistema clinico. Il paradigma del *labelling* di Becker permette di interpretare personale sanitario, linee guida e istituzioni sanitarie come *rule enforcers* e *moral entrepreneurs*. Emergono tuttavia anche pratiche di resistenza, *agency* e negoziazione che ridefiniscono i confini di ciò che viene riconosciuto come corpo curabile.

Parole chiave: Teoria dell'etichettamento, Salute LGBTQI+, Medicalizzazione della devianza

Abstract

This paper explores access to gynecological healthcare for LGBTQI+ individuals as a process of social deviance construction rather than a purely clinical issue. Drawing on data from a quantitative study conducted in Italy with 1,078 LGBTQI+ participants, it argues that medical protocols, administrative procedures, and clinical language implicitly assume a cisgender, heterosexual female body as the normative patient. In this context, deviance is not criminal but consists of bodies and identities that exceed medical expectations: lesbian, trans, non-binary or non-reproductive subjects become "unforeseen" or problematic. Becker's labelling theory helps frame healthcare professionals, guidelines and institutions as rule enforcers and moral entrepreneurs. At the same time, forms of resistance and agency emerge, revealing that outsider status is not only imposed but also negotiated within healthcare practices.

Keywords: Labelling theory, LGBTQI+ health, Medicalization of deviance

Résumé

L'article analyse l'accès à la santé gynécologique des personnes LGBTQI+ comme un processus de production sociale de la déviance. À travers une relecture des données d'une recherche quantitative menée en Italie en 2023 auprès de 1 078 participant·e·s, il est montré comment les protocoles médicaux, les pratiques administratives, les langages cliniques et les modèles de formation incorporent une idée implicite du corps féminin cisgenre et hétérosexuel. Dans cette perspective, la déviance n'est pas un délit mais une différence qui excède la norme sanitaire: les corps lesbiens, trans, non binaires ou non reproductifs

* Professore associato in Filosofia del diritto presso l'Università degli Studi eCampus
E-mail: giacomo.viggiani@uniecampus.it

© The Author(s) 2026

deviennent des "imprévus", marginaux ou problématiques pour le système clinique. Le paradigme du labelling de Becker permet d'interpréter le personnel de santé, les lignes directrices et les institutions sanitaires comme des *rule enforcers* et des *moral entrepreneurs*. Il émerge toutefois également des pratiques de résistance, d'agency et de négociation qui redéfinissent les frontières de ce qui est reconnu comme un corps soignable.

Mots-clés: Théorie de l'étiquetage, Santé LGBTQI+, Médicalisation de la déviance

---

1. Introduzione

A causa dell'eterogeneità delle competenze culturali del personale sanitario (Shetty et al., 2016), delle persistenti lacune nella conoscenza dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale (Seay et al., 2018; Lisy et al., 2018) e della limitata consapevolezza dei bisogni specifici di salute delle persone LGBTQI+ (Chapman et al., 2013; Sabin et al., 2015; Fisher et al., 2017), una parte significativa di questa popolazione non è posta nelle condizioni di esercitare in modo pieno ed effettivo il proprio diritto alla salute. Tali elementi contribuiscono, inoltre, a riprodurre e consolidare le disuguaglianze sanitarie tra la popolazione LGBTQI+ e il resto della cittadinanza (Zeeman et al., 2019; McGlynn et al., 2020; Bonvicini, 2017).

La comunità LGBTQI+ è inoltre riconosciuta, in ambito internazionale, come un gruppo vulnerabile che necessita di un accesso adeguato ai servizi di salute ginecologica. La letteratura scientifica ha individuato sette macro-temi ricorrenti nelle esperienze delle persone LGBTQI+ nell'accesso a tali servizi: paura, discriminazione, incompetenza culturale da parte del personale sanitario, identità di genere, difficoltà di accesso e barriere organizzative (Ferreira-Filho et al., 2024; Thomas et al., 2023; Wingo et al., 2018). Numerosi studi evidenziano anche che molte persone LGBTQI+ tendono a rinviare o evitare la visita ginecologica a causa di esperienze pregresse o attese di trattamenti inadeguati, scarsa attenzione o atteggiamenti negligenti (Macapagal et al., 2016). Parallelamente, emerge come molti/e ginecologi/ghe non si sentano adeguatamente preparati o competenti nel trattare pazienti LGBTQI+, né abbiano ricevuto una formazione specifica per fornire cure inclusive e appropriate (Unger, 2015).

Ciò posto a titolo di brevissimo inquadramento, l'obiettivo di questo lavoro è indagare l'accesso ai servizi ginecologici in Italia da parte di persone lesbiche, bisessuali, trans, non binarie e *queer* come spazio di produzione sociale della devianza, secondo la prospettiva dell'etichettamento di Howard Becker (1963). Deviante, in questa prospettiva, non è chi infrange una legge, ma chi viene percepito come fuori posto rispetto a un sistema di regole implicite: il paziente non previsto, il corpo che mette in crisi ciò che la medicina considera normale. La salute, e in particolare la salute ginecologica, non è solo un fatto clinico: è un luogo dove il corpo viene misurato, classificato, riconosciuto oppure respinto. È un confine sociale prima ancora che sanitario.

La ginecologia si fonda infatti storicamente su un modello preciso di corpo: femminile, cisgenere, fertile, eterosessuale e orientato alla riproduzione (Palmieri 2025; Goberna-Tricas 2020). Questo modello non è quasi mai esplicitato, ma non per questo risulta meno pervasivo. Anche se non compare nei manuali come definizione normativa, esso emerge nei moduli sanitari – rigorosamente binari –, nelle domande sui rapporti sessuali – sempre presunti eterosessuali –, e nei protocolli che associano l'identità di genere all'apparato riproduttivo. Ogni volta che un corpo non corrisponde a questo standard – per esempio un uomo trans con utero e ovaie che richiede un Pap test, o una donna lesbica che riferisce di non aver mai avuto rapporti con uomini – si verifica uno scarto rispetto alla norma. Quest'ultimo non produce necessariamente un rifiuto esplicito, ma genera di sovente smarrimento, sospensione, curiosità patologizzante o invisibilità.

Che cosa accade, dunque, quando ci si presenta in uno studio ginecologico con un corpo o un'identità che non corrispondono all'immagine implicita di chi dovrebbe occupare quello spazio? Chi è riconosciuto come paziente legittimo, e chi invece è percepito come eccezione, anomalia, deviazione dalla norma?

© The Author(s) 2026

Per rispondere a queste domande si farà riferimento ai dati di una ricerca quantitativa condotta in Italia nel 2023 su un campione di soggettività LGBTQI+. I risultati vengono qui presentati nella loro dimensione descrittiva (percentuali, distribuzioni, differenze tra sottogruppi), ma non sono trattati come semplice fotografia "neutra" dei bisogni di salute ginecologica. Al contrario, l'analisi assume tali dati come punto di partenza per una lettura critica: le percentuali non vengono considerate meri indicatori epidemiologici, bensì tracce dei meccanismi attraverso cui il sistema sanitario produce inclusione, esclusione e definizione della normalità. Detto altrimenti, non ci interessa pertanto qui quanti abbiano fatto una visita ginecologica, ma perché alcuni vi rinunciano, mentono, tacciono o scelgono solo medici segnalati come "sicuri". In altre parole: cosa ci dicono questi comportamenti sulle regole invisibili che definiscono il confine tra corpo normale e corpo deviante?

Muovendosi al confine tra dati empirici e teoria socio-criminologica, il testo si articola come di seguente: dapprima vengono succintamente introdotti i riferimenti teorici principali (Becker, medicalizzazione della devianza, corpo e norma sanitaria); successivamente è presentata sinteticamente la metodologia della ricerca; seguono i risultati reinterpretati in chiave di etichettamento; infine, nella discussione e conclusioni, si mostra come il corpo LGBTQI+ in ginecologia non sia semplicemente un corpo da curare, ma un corpo da classificare, includere o marginalizzare. E come, allo stesso tempo, quel corpo possa sottrarsi, resistere, nonché produrre nuove definizioni di cura.

2. Quadro teorico

Michel Foucault (1976), nell'analisi del biopotere e della produzione moderna dei saperi sulla sessualità, ha mostrato come la medicina non sia soltanto una pratica terapeutica, ma un dispositivo di sapere-potere che contribuisce a definire cosa sia un corpo normale, sano, legittimo. L'ospedale e la clinica non sono spazi neutrali: attraverso classificazione, registrazione e diagnosi, producono categorie e gerarchie. In questo senso, la medicina non si limita a descrivere le differenze, ma partecipa attivamente alla loro costruzione normativa.

Su un piano diverso, ma complementare, Peter Conrad (2007) ha parlato di "medicalizzazione della devianza" per descrivere il processo attraverso cui comportamenti o condizioni originariamente interpretati come differenze sociali o morali vengono ridefiniti come problemi medici. La medicalizzazione non è solo un ampliamento del dominio clinico, ma un cambiamento nel modo in cui una società gestisce ciò che percepisce come non conforme: la differenza diventa diagnosi, l'anomalia diventa trattamento.

Ivan Illich (1976), infine, ha criticato la medicina moderna denunciando l'"iatrogenesi culturale", ossia la capacità dell'istituzione medica di ridefinire i confini della vita sana e patologica, espropriando i soggetti della propria autonomia interpretativa. La medicina non produce soltanto cure, ma standard di normalità, contribuendo a stabilire cosa sia un corpo corretto e cosa invece richieda intervento.

Queste tre prospettive, pur differenti, convergono su un punto centrale: la medicina non è un semplice spazio tecnico di cura, ma un ambito in cui si producono norme. Nel caso della ginecologia, questo potere assume una configurazione specifica, poiché si esercita su un corpo sessuato e potenzialmente riproduttivo. Come hanno mostrato Foucault (1976) e, in ambito femminista, autrici quali de Beauvoir (1949) e Rich (1976), la modernità ha progressivamente inscritto la donna nella funzione materna, trasformando la capacità riproduttiva in destino sociale. All'interno di questa cornice, la femminilità è spesso presupposta come disponibilità alla penetrazione eterosessuale (Butler 1990), e l'orientamento eterosessuale diventa implicito parametro di prevenzione e cura.

Dunque, la medicina ginecologica moderna nasce e si struttura attorno a un soggetto implicito: la donna cisgenere, fertile, eterosessuale, monogama, in età riproduttiva. Questo modello organizza protocolli, moduli, domande, senza bisogno di essere esplicitato. L'eterosessualità obbligatoria (Rich, 1980) e il binarismo di genere diventano così componenti strutturali dei dispositivi sanitari: non sono opinioni individuali, ma architetture istituzionali. Dall'analisi dei dati emergono almeno tre meccanismi attraverso cui la norma sanitaria produce marginalità.

© The Author(s) 2026

Il primo è quello dell'invisibilità. Quando un corpo non rientra nel modello implicito di paziente previsto, semplicemente non viene riconosciuto come soggetto di cura. Le donne lesbiche possono essere considerate non "sessualmente attive" e quindi escluse implicitamente da percorsi di prevenzione; gli uomini trans possono trovarsi fuori dagli screening perché i sistemi informatici non contemplano la loro presenza. Non si tratta di un rifiuto esplicito, ma di una mancata previsione: se non rientri nella categoria, non esisti come destinatario legittimo della prestazione.

Il secondo meccanismo è la patologizzazione. Quando la differenza diventa visibile, può essere tradotta in problema clinico: la disforia, l'infertilità, l'anomalia corporea. Qui la norma non ignora, ma ridefinisce la differenza come deviazione medica da correggere o trattare. La soggettività non conforme non è esclusa, ma ricondotta all'interno di un linguaggio diagnostico che la trasforma in caso clinico.

Il terzo meccanismo è la de-responsabilizzazione istituzionale. Di fronte a difficoltà organizzative o limiti procedurali, il sistema tende ad attribuire l'ostacolo alla paziente piuttosto che alla struttura normativa: «non sappiamo come fare», «non rientra nei protocolli», «il sistema non lo consente». In questo modo, la norma rimane invisibile e indiscussa, mentre la responsabilità viene spostata sul soggetto che "non si adatta".

In termini beckeriani, questi tre meccanismi mostrano che la devianza non nasce dall'atto del paziente, ma dall'interazione con una norma che decide chi è visibile, chi è patologico e chi è semplicemente fuori schema. Quando un corpo lesbico, trans o non binario entra in questo dispositivo, interrompe il funzionamento della norma, costringendo la medicina a rivelare ciò che di solito è invisibile: il proprio carattere normativo e convenzionale. Applicare Becker alla salute ginecologica delle persone LGBTQI+ significa allora domandarsi: chi stabilisce che cosa è corpo "normale" e cosa no? Chi definisce il paziente "vero", e chi invece quello "imprevisto"? E ancora: quali sono le conseguenze dell'etichetta?

Nella prospettiva di Becker (1963), la devianza non esiste come qualità intrinseca di un comportamento o di un individuo. Essa nasce da un processo sociale: alcune persone creano delle regole (*rule makers*), altre le applicano (*rule enforcers*) e altre ancora vengono etichettate quando non le rispettano. Essere deviante significa, prima di tutto, essere definito tale. Il problema non è ciò che si è, ma chi decide cosa è normale.

Questa teoria, originariamente sviluppata per analizzare il consumo di sostanze stupefacenti o la criminalità minorile, può essere estesa a fenomeni in cui non è presente alcuna violazione esplicita del diritto. La devianza può emergere anche nei contesti medici, educativi, familiari: ovunque esista una norma e qualcuno che la applica. Applicando la griglia concettuale di Becker al contesto sanitario, è possibile distinguere diversi livelli nella produzione e applicazione della norma.

I *rule makers*, ossia coloro che definiscono formalmente le regole, possono essere individuati, in ambito sanitario, nel Ministero della Salute, nell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle società scientifiche (come l'AOGOI), nelle commissioni che redigono linee guida e nelle università mediche che strutturano la formazione dei professionisti. Sono questi attori a stabilire quali protocolli adottare, quali categorie diagnostiche riconoscere e quali percorsi clinici considerare appropriati.

I *rule enforcers*, invece, sono coloro che applicano concretamente tali regole nella pratica quotidiana: il personale medico e infermieristico, gli operatori amministrativi e persino i sistemi informatici che regolano prenotazioni, codici fiscali, accesso agli *screening*. È in questa dimensione operativa che la norma prende forma concreta, diventando esperienza vissuta dal paziente.

Infine, i *moral entrepreneurs* - figure centrali nell'analisi di Becker - possono essere riconosciuti nelle associazioni professionali, nei medici che promuovono determinate linee guida o campagne di sensibilizzazione, ma anche nei movimenti che intervengono nel dibattito pubblico, sia a favore sia contro i diritti LGBTQI+. Essi contribuiscono a ridefinire ciò che viene percepito come legittimo, patologico, prioritario o trascurabile nel campo della salute.

Queste figure non agiscono necessariamente per discriminare. Anzi, spesso sono convinte di "fare il loro lavoro". Ma proprio come i poliziotti o gli assistenti sociali descritti da Becker, applicano regole non scritte, difendono confini simbolici, decidono chi è dentro e chi fuori dalla normalità. Pertanto, anche se la devianza sanitaria non è reato, può essere comunque una forma di esclusione. In altri termini, essere deviante in ginecologia significa non essere previsto dai moduli informatici, corretto nel linguaggio ("signor*?") o

© The Author(s) 2026

addirittura essere costretto al silenzio per essere curato. Non c'è qui un giudice o un tribunale, ma soltanto un corpo che, come direbbe Becker, viene posizionato ai margini della norma e osservato come *outsider***.**

3. Gli studi precedenti

Il panorama italiano della ricerca sulla salute delle persone LGBTQI+ è ancora limitato, discontinuo e quasi mai concentrato sulla salute ginecologica. Proprio per questo, vale la pena ricordare alcuni studi significativi che mostrano l'esistenza di un problema strutturale prima ancora che clinico: la non previsione di questi corpi da parte del sistema sanitario.

Il primo studio, "MODI DI – Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia" (Lelleri 2006), ha coinvolto circa 7.000 persone MSM e WSW[28]. Più di tre su dieci dichiaravano di temere un trattamento sanitario peggiore a causa del proprio orientamento sessuale (MSM: 32%; WSW: 35%). Di conseguenza, oltre due terzi non lo rivelavano al medico di base (MSM: 69%; WSW: 80%). Al contrario, quasi l'80% lo dichiarava al proprio psicoterapeuta, pur riconoscendo che solo il 64% percepisce un atteggiamento positivo nei confronti dell'omosessualità. Qui il tema centrale è la gestione strategica della visibilità: dire o tacere non è spontaneità, ma valutazione del rischio.

Uno dei primi tentativi istituzionali è stata poi l'indagine "Pazienti non previsti in ospedale" (Regione Toscana, 2012), condotta su 3.700 operatori sanitari. Già allora, i risultati mostravano gravi lacune nelle competenze culturali: solo il 53,9% riconosceva la corretta definizione di omosessualità; il 20,2% la considerava una scelta individuale; il 13% la vedeva come patologia, il 4,4% come anomalia genetica recessiva e lo 0,83% come nevrosi familiare. Inoltre, quasi metà del campione (48,4%) dichiarava di non considerare nemmeno la possibilità che un paziente potesse essere LGBT (le persone intersex non erano considerate) o di ritenerla irrilevante ai fini della salute (29,1%). Tuttavia, il 51,8% riteneva che persone omosessuali o trans fossero più esposte a determinate malattie, soprattutto infezioni sessualmente trasmissibili (STD). Qui emergeva già una dinamica che possiamo identificare come "beckeriana": il paziente LGBT non è previsto come soggetto di cura, ma solo come "categoria a rischio".

Un terzo studio, qualitativo, ha esplorato l'atteggiamento del personale sanitario verso le persone intersex (Prandelli et al. 2021). L'indagine evidenziava che, pur avendo avuto esperienza clinica con pazienti intersex, molti professionisti utilizzavano ancora terminologie obsolete (es. "pseudo-ermafroditismo") e adottavano approcci medicalizzanti, orientati alla "normalizzazione" chirurgica più che all'autodeterminazione del minore. Anche in questo caso, il corpo che non rientra nel binarismo è trattato come devianza anatomica da correggere[29].

Infine, uno studio a metodi misti (Togni & Viggiani 2022) ha analizzato le conoscenze di studenti di medicina dell'Università di Brescia ed esperti nazionali rispetto alla salute LGBTQI+. I risultati mostrano un atteggiamento per lo più positivo dei partecipanti nei confronti delle persone LGBTQI+ e, in media, una discreta conoscenza delle questioni riguardanti la loro salute. Ciononostante, i numeri contenuti di partecipanti (132 questionari quantitativi e 10 interviste qualitative), oltre che la limitazione territoriale all'area bresciana, non consentono alcun tipo di generalizzazione. Consentono però di suggerire alcuni temi da sviluppare con ulteriori indagini empiriche e forniscono indicazioni utili al miglioramento dei servizi sanitari, come il miglioramento dell'offerta formativa sul tema, che secondo i partecipanti è ancora molto scarsa.

In un'ottica beckeriana, questi studi mostrano che la devianza non nasce da comportamenti trasgressivi, ma dall'esistenza di una norma implicita su cosa debba essere un paziente legittimo. Nel sistema sanitario italiano, le persone LGBTQI+ non vengono espulse perché violano una regola, ma perché non sono previste dalla regola stessa. La ricerca toscana (Pazienti non previsti) lo rende evidente: quasi metà degli

[28] Nelle comunicazioni scientifiche internazionali sulle MTS è ormai consuetudine non utilizzare il vocabolo "omosessualità", bensì *Men who have sex with men* (MSM) e *Women who have sex with women* (WSW), perché si tratta di una definizione che consente di comprendere individui di vari contesti socioculturali e con differenti identificazioni sessuali (Young 2005).

[29] Per un approfondimento della questione intersex, si veda Balocchi (2019).

© The Author(s) 2026

operatori dichiara di non considerare nemmeno l'eventualità che un paziente possa essere LGBTQI+. È esattamente il meccanismo descritto da Becker: non è il corpo a essere deviante, è lo sguardo istituzionale che lo colloca fuori posto. Da qui discendono le altre conseguenze: silenzio, mancata *disclosure* (Modi Di) e medicalizzazione normalizzante delle differenze corporee (Ricerca su persone intersex). In tutti i casi, non siamo di fronte a devianza come rottura, ma a devianza come prodotto di una norma che non pensa il soggetto LGBTQI+:

Studio	Risultati principali	Analisi beckeriana
MODI DI – Sesso e salute (Lelleri 2006)	Oltre il 30% teme un trattamento sanitario peggiore; più del 70% non fa coming out con il medico.	Effetto della paura di essere etichettati. La devianza non è l'essere LGBTQI+, ma l'essere percepiti come tali. Per evitarla, le persone scelgono il silenzio o la "devianza gestita", non visibile.
Pazienti non previsti in ospedale (Regione Toscana 2012)	Quasi metà degli operatori sanitari non considera nemmeno che un paziente possa essere LGBT; alcuni pensano che l'omosessualità sia patologica o una scelta.	La devianza è l'effetto di una mancata previsione istituzionale: se non ti penso come "paziente possibile", sei già potenzialmente deviante.
Studio su personale medico e persone intersex (Prandelli 2021)	Uso di termini patologizzanti, correzioni chirurgiche "normalizzanti".	Applicazione più concreta del concetto secondo cui la norma corporea produce devianza. Il corpo intersex diventa deviante non perché "sbagliato", ma perché non conforme alla norma binaria istituzionale.
Studenti di medicina (Togni & Viggiani 2022)	Atteggiamento positivo, ma conoscenze carenti e invisibilità strutturale.	La devianza non è stigmatizzata, ma ignorata: l'assenza di norme è essa stessa una norma (= "non consideriamo questi pazienti perché non li vediamo come pazienti previsti").

Questi studi, pur non riguardando direttamente la salute ginecologica, mostrano, in ultima analisi, un dato ricorrente: in Italia le persone LGBTQI+ non sono percepite come pazienti previsti. Sono considerate eccezioni statistiche, categorie di rischio o corpi da correggere. È proprio a partire da questa assenza - normativa, formativa, statistica - che si inserisce la ricerca di cui si discuteranno i risultati, tra le prime ad indagare in modo specifico l'accesso alla salute ginecologica da parte di persone LGBTQI+.

4. Metodologia e contesto istituzionale

La riflessione che segue si fonda sui dati di una ricerca quantitativa con campionamento non probabilistico condotta in Italia tra aprile e settembre 2023[30]. Il questionario, somministrato online e distribuito tramite associazioni LGBTQI+, social media e reti informali, era strutturato in sezioni tematiche e comprendeva prevalentemente domande chiuse a risposta singola o multipla, integrate da alcune domande aperte. Le aree indagate includevano: (1) dati sociodemografici e identitari (identità di genere, orientamento sessuale, età, area geografica); (2) accesso ai servizi di salute ginecologica e frequenza delle visite; (3) relazione con il personale sanitario e gestione della disclosure; (4) eventuali esperienze di discriminazione o disagio; (5) prevenzione e vaccinazione HPV. Le domande utilizzavano scale Likert, risposte dicotomiche e opzioni multiple.

[30] La ricerca è stata promossa dal Centro Comunitario Coming-Aut LGBTI+. L'attività è stata realizzata nell'ambito del progetto TODES! – Territorio, Opportunità, Diritti, Eguaglianza, Solidarietà – Centro contro le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere, ed è stata condotta da Barbara Bassani, Cecilia Bettini, Elena Petriccioli, Niccolò Angelini, Giuseppe Polizzi e Giacomo Viggiani. L'iniziativa è stata realizzata con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR). Per una prima descrizione dei risultati della ricerca, mi si permetta di rinviare a Viggiani (2024).

© The Author(s) 2026

I questionari validi sono stati 1.078. La maggior parte dei rispondenti si identifica come donna cisgender (77,18%), mentre il restante campione comprende uomini trans (7,05%), donne trans (1,02%) e una quota rilevante di persone non binarie, genderqueer, agender o con altre identità di genere non conformi al binarismo (14,75%).
Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, prevalgono lesbiche, bisessuali e pansessuali, accanto a una presenza consistente di persone asessuali (4,6%) o che non si riconoscono in categorie tradizionali (3.15%). La fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra i 19 e i 34 anni (67.07%), mentre la distribuzione geografica evidenzia una predominanza di persone residenti nel Nord Italia (69.94%)
Il questionario ha indagato diversi aspetti relativi alla salute ginecologica: la frequenza e l'accesso alle visite e agli *screening* preventivi, la qualità dei rapporti con ginecologi e ostetriche, eventuali esperienze di discriminazione, invisibilizzazione, imbarazzo o rifiuto, le modalità di gestione del *coming out* con il personale sanitario, e infine le strategie di *coping* adottate, tra cui autocensura, ricerca di professionisti percepiti come LGBTQI+-*friendly* o rinuncia totale alle cure. Tuttavia, in questo contributo non si intende illustrare tutti i risultati di questa rilevazione, ma reinterpretarne i principali come segnali di processi normativi, ossia strumenti per leggere come la medicina ginecologica definisce chi è "dentro" e chi "fuori" dallo spazio legittimo della cura. In questa sede, il valore di questi dati è quindi euristico e critico, non descrittivo.
Occorre poi premettere che i dati raccolti non emergono nel vuoto.
In Italia, il sistema sanitario non prevede esplicitamente le soggettività LGBTQI+ né nella legge, né nelle pratiche, né nella produzione sistematica di dati. Non esiste una normativa nazionale che vieti la discriminazione nei servizi sanitari sulla base di orientamento sessuale o identità di genere; alcune Regioni hanno introdotto misure contro le discriminazioni, includendo l'accesso alla sanità, ma si tratta di tutele disomogenee e raramente monitorate[31].
Sul piano clinico, mancano linee guida nazionali per la presa in carico di pazienti LGBTQI+. Solo dal 1° ottobre 2020 le terapie ormonali per persone trans sono rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale, ma non esistono protocolli uniformi per la loro gestione clinica. L'unico documento nazionale che menziona esplicitamente la salute LGBTQI+ è il Piano biennale contro HIV/AIDS 2017-2019, che però si concentra quasi esclusivamente sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili e individua come destinatari principalmente uomini che fanno sesso con uomini (MSM) e donne trans, rafforzando un approccio sanitario centrato sul rischio sessuale più che sui diritti di accesso alla cura.
Un passo parziale è stato compiuto con il Piano nazionale per la medicina di genere nel 2019[32], che invita a considerare tra i determinanti di salute anche orientamento sessuale e identità di genere, dedicando un paragrafo specifico alle persone trans e riconoscendo la complessità delle condizioni intersex. Tuttavia, tali indicazioni restano debolmente applicate nella pratica.
A questa carenza istituzionale si somma un vuoto conoscitivo: le principali indagini nazionali (ISTAT, PASSI, ecc.) non raccolgono in modo sistematico dati su orientamento sessuale o identità di genere, rendendo queste popolazioni statisticamente invisibili e quindi difficilmente destinatari di politiche pubbliche mirate (Togni & Viggiani 2022).
In termini beckeriani, non siamo di fronte a soggetti devianti perché trasgrediscono, ma a corpi non previsti dalla norma. La devianza, qui, è prodotta dall'assenza di categorie e protocolli che li riconoscano come

[31] Le Regioni che hanno adottato tali normative sono: Toscana (Legge 15 novembre 2004, n. 63), Liguria (Legge 10 novembre 2009, n. 52), Marche (Legge 11 febbraio 2010, n. 8), Piemonte (Legge 23 marzo 2016, n. 5), Umbria (Legge 11 aprile 2017, n. 3) e Puglia (Legge 10 luglio 2006, n. 19).
[32] Il primo passo in questa direzione risale al 31 gennaio 2018, quando è stata approvata la Legge 3/2018 (*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute*). L'articolo 3 di tale legge (*Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale*) prevedeva l'elaborazione di un Piano volto a promuovere la medicina di genere attraverso attività di divulgazione, formazione e definizione di pratiche sanitarie che, nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura, tengano conto delle differenze di genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Il 13 giugno 2019 il Ministro della Salute ha formalmente approvato il Piano con la firma del decreto attuativo relativo alla Legge 3/2018.

© The Author(s) 2026

pazienti pienamente legittimi. È dentro questo scenario – fatto non tanto di espulsione, quanto di mancata previsione istituzionale – che si collocano i risultati dell'indagine. Ed è in questo vuoto che le persone LGBTQI+ incontrano il sistema sanitario: non contro una regola, ma fuori dalla regola implicita del corpo ginecologicamente atteso.

5. Risultati: corpi ai margini

Quasi metà del campione (48,52%) si colloca fuori dai protocolli regolari di prevenzione ginecologica: il 37,57% ha effettuato l'ultima visita oltre dodici mesi fa e il 10,95% non si è mai sottoposto a una visita ginecologica. Questo dato non riguarda solo minoranze sessuali o di genere, ma indica una tensione più ampia tra norma medica e vissuti corporei. Tuttavia, le differenze aumentano nelle soggettività LGBTQI+: tra gli uomini trans, due su tre non hanno mai effettuato una visita o risalgono a più di un anno fa; percentuali elevate si riscontrano anche tra persone non binarie/genderqueer, mentre tra le donne cisgender l'assenza di visite regolari è molto meno frequente. Questa distanza non è solo pratica, ma simbolica. Molti riferiscono di sentirsi "fuori posto", di non sapere se il proprio corpo "ha diritto di stare su quel lettino". La teoria di Becker permette di comprendere questo fenomeno non come rifiuto della medicina, ma come devianza prodotta dall'assenza di un posto previsto. Chi non corrisponde al modello implicito di paziente – donna, cisgender, eterosessuale, fertile – non infrange una regola esplicita: semplicemente non appartiene alla categoria per cui quella regola è pensata. Da qui deriva non una ribellione, ma una devianza sottrattiva: silenzio, rinvio, autoesclusione dallo spazio sanitario per evitare lo sguardo che potrebbe definire come "altro".

La marginalità emerge con particolare forza nei vissuti delle persone transmaschili e non binarie, per le quali la ginecologia non è uno spazio apertamente negato, ma un luogo in cui l'accesso è fragile e condizionato. Tra gli uomini trans, circa la metà non effettua visite da oltre dodici mesi, mentre quasi un quarto non è mai stato visitato. Percentuali più alte della media compaiono anche tra persone non binarie o genderqueer, mentre nelle donne cisgender chi non ha mai avuto una visita ginecologica scende a valori minimi (circa il 5%).

Queste differenze non riguardano solo l'accesso, ma anche il senso di legittimità a occupare quello spazio. Il retropensiero ricorrente – "Non so se questo corpo ha diritto di stare qui" - non descrive una trasgressione, ma esprime una condizione di non riconoscimento istituzionale. In termini beckeriani, questi soggetti non sono "deviazionisti consapevoli", bensì *outsider* involontari: corpi non previsti, che non trasgrediscono una regola esplicita, ma sono collocati ai margini perché la norma è stata pensata senza di loro.

Questa esclusione non è solo simbolica. Alcune persone trans riferiscono di non poter prenotare un Pap test se il loro codice fiscale è registrato come "M"; altre si vedono chiedere spiegazioni sul perché "un uomo stia prenotando un'ecografia pelvica". Sono dispositivi minimi - *software*, moduli, anagrafiche - ma producono etichettamento istituzionale. Il personale, spesso, non rifiuta ma si blocca: «Non so come compilare», «Il sistema non lo permette», «Non ho mai visto un caso così». È esattamente il punto di Becker: la norma non è solo scritta nei regolamenti, ma incorporata nelle pratiche. La devianza non è sempre rottura, può essere semplice non-corrispondenza. Il corpo trans o non binario non viola la legge: è invisibile alla categoria di "paziente curabile". Ed è proprio questa invisibilità che lo colloca fuori dalla norma.

Successivamente, alla domanda se avessero comunicato il proprio orientamento sessuale o identità di genere al personale sanitario, ha risposto affermativamente solo il 46,10% per l'orientamento e il 65,86% per l'identità di genere. Questa differenza non indica una maggiore accettazione dell'identità di genere, ma riflette una diversa possibilità di controllare la propria visibilità.

L'orientamento sessuale, se non dichiarato, può restare invisibile: è una dimensione che si può scegliere di non esporre per evitare domande, stereotipi o paternalismo sanitario. Molti pazienti preferiscono non dirlo, non perché ritengano irrilevante la propria identità, ma per proteggersi dal rischio di essere definito "altro" rispetto alla paziente eterosessuale attesa.

© The Author(s) 2026

L'identità di genere, al contrario, spesso emerge anche senza una dichiarazione esplicita: attraverso documenti, caratteristiche corporee, percorsi di transizione, discrepanze tra sesso anagrafico e corpo. Per molte persone è più difficile "tacere" questa dimensione. Si tratta di una devianza meno occultabile, quindi più frequentemente sottoposta a definizione dall'esterno.
In termini beckeriani, questo scarto tra 46,10% e 65,86% mostra che la devianza non è una qualità dell'individuo, ma dell'interazione. L'orientamento può rimanere "devianza privata", non attivata perché nessuno ha l'autorità o l'occasione di etichettarla. L'identità di genere, invece, quando non conforme alle aspettative, diventa "devianza pubblica", più esposta al controllo istituzionale. Non è chi parla a definirsi deviante: è lo sguardo dell'istituzione che decide quando quella differenza va nominata, registrata o gestita.
Alla domanda sulla tipologia di servizio ginecologico preferito, la maggioranza del campione (63,54%) indica la libera professione invece del Servizio Sanitario Nazionale. Questo dato, di per sé, non è necessariamente specifico della popolazione LGBTQI+, poiché anche nella popolazione generale la ginecologia privata rappresenta spesso una scelta frequente. Tuttavia, nel nostro campione, le motivazioni dichiarate suggeriscono che la preferenza non sia riconducibile esclusivamente a fattori economici o organizzativi: meno del 30% ha indicato il costo come criterio rilevante, mentre circa il 60% afferma di aver scelto il proprio ginecologo tramite passaparola di amici, partner o familiari. Le risposte aperte evidenziano come la dimensione centrale sia quella relazionale: «Non mi interessa dove, mi interessa chi trovo dall'altra parte», «Nei consultori c'è ancora l'idea della verginità», «Preferisco chi so che non mi giudica».
Questi elementi non dimostrano automaticamente una maggiore discriminazione nel servizio pubblico rispetto al privato, ma indicano che la scelta del professionista è fortemente orientata alla percezione di sicurezza e non giudizio. In questo senso, la preferenza per la libera professione può essere interpretata come una strategia di riduzione del rischio percepito di incomprensione o stigmatizzazione, piuttosto che come reazione diretta a esperienze discriminatorie specificamente imputabili al SSN.
Le strutture pubbliche sono quindi percepite come spazi dove permane una norma implicita su cosa sia un "corpo ginecologicamente legittimo": donna cis, eterosessuale, fertile, in coppia con un uomo. Per molte persone LGBTQI+ non è il sistema sanitario in sé a essere rifiutato, ma l'esposizione al giudizio di quel sistema. In termini beckeriani, la scelta della libera professione e del passaparola non è solo una soluzione pratica: è una forma di resistenza sotterranea all'etichettamento. Non si contesta apertamente la regola, la si aggira. Non si chiede di modificare la norma, ci si sposta altrove per non esserne colpiti. Non è rivolta, ma fuga preventiva. Il soggetto non rompe la legge, ma evita il luogo in cui potrebbe essere definito deviante. È una forma di resistenza sotterranea: non la disobbedienza, ma la fuga; non la trasgressione, ma la scelta di non esporsi allo sguardo che produce l'etichetta. Dai dati emerge che le persone LGBT+ non si limitano a subire la marginalità, ma mettono in atto strategie di adattamento e protezione.
Una prima modalità può essere definita resistenza informale: cambiare medico, abbandonare il servizio pubblico per rivolgersi a uno privato percepito come "più sicuro", interrompere visite giudicate intrusive o offensive. Non si tratta di una contestazione esplicita del sistema, ma di una forma di sottrazione selettiva, attraverso cui il soggetto riduce l'esposizione al rischio di giudizio o etichettamento.
Accanto a questa dinamica individuale, emerge una forma di auto-organizzazione comunitaria. Le persone costruiscono reti informali di supporto: liste di professionisti considerati "LGBTQI+-*friendly*", passaparola tra pari, recensioni online, segnalazioni nei gruppi associativi. In assenza di un riconoscimento istituzionale strutturato, la fiducia viene prodotta dal basso, attraverso circuiti relazionali alternativi.
In termini beckeriani, queste strategie non rappresentano una rottura della norma, ma una gestione della devianza attribuita. L'outsider non si ribella apertamente al sistema sanitario, ma riorganizza i propri percorsi per evitare i luoghi in cui potrebbe essere definito tale. La devianza non genera necessariamente conflitto: può produrre reti, alleanze e spostamenti laterali rispetto all'istituzione.
Un elemento rilevante riguarda la vaccinazione contro l'HPV. Nel campione, solo il 42,30% dichiara di aver ricevuto il vaccino, mentre oltre il 55% non ha mai iniziato il ciclo vaccinale. Il dato non mostra variazioni significative per orientamento sessuale o identità di genere, con la parziale eccezione degli uomini trans, tra i quali vaccinati e non vaccinati risultano in proporzioni simili. La differenza più marcata è invece

© The Author(s) 2026

generazionale: nella fascia 35-50 anni i non vaccinati sono nove volte i vaccinati (N = 257 vs N = 28), mentre nella fascia 19-34 anni la tendenza si inverte (N = 409 vaccinati vs N = 295 non vaccinati). Questa distribuzione è coerente con l'evoluzione delle politiche vaccinali, poiché l'offerta attiva e la raccomandazione della vaccinazione HPV si sono consolidate progressivamente nel tempo e risultano molto più presenti nelle coorti più giovani rispetto a quelle adulte.

In questo quadro, assume particolare rilievo il fatto che solo il 25,32% delle persone intervistate ricordi che il vaccino sia stato proposto dal ginecologo; nella fascia 35-50 anni, chi dichiara di non aver mai ricevuto la proposta è cinque volte più numeroso rispetto a chi la ricorda. Le risposte aperte convergono su motivazioni che riguardano soprattutto la mancanza di informazione o l'assenza di una proposta clinica («non sapevo cosa fosse», «mi è stato detto che non serviva», «dopo una certa età non ha senso»), oltre a vincoli familiari o valutazioni soggettive del rischio («sessualità prudente»). Nel complesso, i dati suggeriscono che la quota di non vaccinati, soprattutto nelle fasce adulte, dipenda in larga misura dalla combinazione tra fattore di coorte e modalità di offerta (campagne mirate ai più giovani, minore attivazione della proposta vaccinale in età adulta), più che da una scelta ideologica o da un rifiuto.

In ottica beckeriana, il punto non è attribuire intenzionalità discriminatoria al sistema, ma osservare come regole, raccomandazioni e prassi di offerta producano confini pratici di inclusione nella prevenzione. La vaccinazione appare infatti come una prestazione che "intercetta" in modo più efficace alcune categorie (le coorti giovani per cui è prevista un'offerta strutturata) e molto meno altre (adulti, persone che non vengono attivamente sollecitate o informate). In questo senso, la devianza rispetto allo standard di prevenzione non coincide con una trasgressione, ma può derivare da una mancata interpellazione: non essere raggiunti dalla proposta, non essere inclusi nei circuiti ordinari dell'offerta, o non ricevere un'indicazione clinica chiara. È su questo livello, organizzativo e relazionale, che il dato HPV diventa rilevante per comprendere come la prevenzione sia distribuita e come alcune soggettività possano restarne ai margini.

Il disagio nello spazio ginecologico è inoltre un elemento strutturale dell'esperienza delle persone LGBTQI+. Solo il 25,88% del campione dichiara di non provare alcun disagio durante la visita, mentre il resto si distribuisce su tutti i livelli, con il 28,02% che segnala un disagio elevato. Le motivazioni più frequenti sono: la natura invasiva dell'esame (43,04%), seguita da scarsa competenza del personale sulle tematiche LGBTQI+ (31,54%), paura di incontrare medici LGBTQI+fobici (31,08%) e timore degli strumenti o delle procedure (20,50%). Il 16,42% teme di dover fare *coming out*, percentuale che cresce significativamente tra le persone trans. Una partecipante che sceglie di aggiungere una risposta più articolata sintetizza bene il problema: «Sono un uomo trans, con aspetto maschile e codice fiscale maschile; dovrei fare coming out solo per prenotare la visita».

Un dato ancora più critico riguarda la tutela della privacy: solo il 20,96% sente che la propria riservatezza sia stata sempre rispettata. L'orientamento sessuale non sembra incidere significativamente, mentre cresce la percezione di violazione tra le persone trans. In questi casi non è la cura a mancare, ma il senso di essere guardati come anomalia, interrogati più del necessario, esposti a giustificazioni che altri corpi non devono fornire. Le testimonianze raccolte (8,81% del campione) rendono concreto questo vissuto:

- Grasso-fobia («Il medico ha rifiutato di visitarmi perché sono sovrappeso»);
- *Body shaming* genitale e offerte di chirurgia estetica non richiesta;
- Commenti moralizzanti sulla sessualità e sulla maternità («A quarant'anni ti pentirai e correrai a fare figli»);
- Eteronormatività e negazione dell'orientamento («Ma non vuoi provare con un uomo?»);
- Ignoranza sui rapporti tra donne («Mi consideravano vergine perché non capivano che il sesso tra donne può essere penetrativo»);
- Rifiuto o sospensione della cura per persone trans o lesbiche nei servizi di *screening*;
- Invalidazione del dolore («Mi hanno negato un'ecografia interna finché non avessi avuto rapporti con un uomo»).

© The Author(s) 2026

In queste risposte del questionario, la teoria di Becker (1963) si mostra nella sua forma più viva: non esiste un atto deviante, esiste un corpo che viene letto come deviante. Qui la devianza è esperienza relazionale, non comportamento. Non è chi entra nello studio ginecologico a trasgredire una norma, è la norma stessa che lo colloca "fuori posto". La violazione della privacy, i commenti, le domande invasive non servono a punire un reato, ma a ristabilire il confine di cosa conta come corpo femminile legittimo. Non ci sono trasgressori, ma *outsider* prodotti dalla norma. La risposta non è protesta aperta, ma silenzio, imbarazzo, fuga, ovvero quel tipo di devianza che Becker definirebbe "non antagonista": non rottura dell'ordine, ma sottrazione all'ordine. Il corpo LGBTQI+ non sfida l'istituzione sanitaria: si protegge da essa sottraendosi alla visibilità.

6. Conclusioni

Questo contributo ha cercato di mostrare come l'accesso alla salute ginecologica da parte delle persone LGBTQI+ non possa essere compreso soltanto in termini di carenza di servizi o di discriminazioni individuali. È invece l'esito di un dispositivo più profondo, nel quale la medicina non si limita a curare corpi, ma li ordina, li classifica e ne stabilisce la normalità o l'anomalia.

Applicando la prospettiva di Howard Becker (1963), la devianza emerge qui come scarto rispetto a un modello implicito di corpo legittimo. La paziente ideale della medicina ginecologica è donna cisgender, fertile, eterosessuale, orientata alla riproduzione. Questo modello non viene quasi mai dichiarato esplicitamente, ma è inscritto nei protocolli, nei moduli amministrativi, nelle domande sulle abitudini sessuali, nei software sanitari e nelle linee guida. In questo senso, ginecologi e personale sanitario diventano, pur senza intenzionalità discriminatoria, *rule enforcers*, cioè, agiscono come garanti della norma. Questi comportamenti non nascono da un'intenzionalità discriminatoria, ma da protocolli linguistici standardizzati, fondati su un modello eteronormativo del genere e della sessualità. La domanda "Usa contraccettivi con il suo partner?" presuppone un rapporto uomo-donna; l'idea di "rapporti completi" coincide con la penetrazione eterosessuale; la prevenzione (Pap test, HPV) è pensata per corpi femminili eterosessuali, sebbene in tempi recenti il vaccino HPV sia offerto anche a soggetti di sesso maschile e non eterosessuali. La devianza emerge non perché il soggetto infrange una norma esplicita, ma perché non rientra nella norma attesa e non viene riconosciuto come paziente corretto.

In questa logica, i corpi LGBTQI+ vengono definiti come "imprevisti": non vietati, non criminali, ma eccedenti, difficili da collocare, talvolta tacitamente esclusi. Si tratta di una devianza non criminale, bensì corporale e normativa: non si trasgredisce una legge, ma un'aspettativa sociale inscritta nella pratica clinica**.**

Al tempo stesso, i dati raccolti mostrano che queste soggettività non sono meri oggetti di marginalizzazione. Al contrario, sviluppano forme di *agency*, resistenza e rinegoziazione: cambiano medico, si sottraggono a visite vissute come violente, si attivano in reti comunitarie per segnalare professionisti sicuri, rivendicano il diritto di essere curate *così come sono*, senza dover mentire o cancellarsi.

In conclusione, parlare di salute ginecologica delle persone LGBTQI+ significa parlare di potere, linguaggio, norme e corpi. La medicina – come ricordano Foucault (1976), Becker (1963) e Conrad (2007) – non è mai neutrale. Ma proprio per questo può diventare uno spazio politico: un luogo dove cambiare le regole, dove riconoscere corpi che finora sono stati ai margini e restituire loro diritto di esistere, di essere nominati e di essere curati.

Riferimenti bibliografici

Balocchi, M. (2019) (a cura di), *Intersex. Antologia multidisciplinare*, Pisa: Edizioni ETS.

Becker, H. S. (1963), *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*, New York: Free Press.

Beauvoir, S. de. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.

Bonvicini K.A. (2017), *LGBT healthcare disparities: What progress have we made?,* in Patient Education and Counseling, pp. 100, pp. 2357-2361.

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.

Conrad, P. (2007), *The medicalization of society*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

© The Author(s) 2026

Chapman E.N., Kaatz A. & Carnes M. (2013), P*hysicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities*, in Journal of general internal medicine, 28, pp. 1504-1510.
Ferreira-Filho E.S., Lerner T., Soares-Júnior J.M. & Baracat E.C. (2024), *Gynecologic health care for LGBTQIA+ people*, in International Journal of Gynecologicy & Obstretics, 168(1), pp. 112-117.
Fisher A.D., Castellini G., Ristori J., Casale H., Giovanardi G., Carone N., Fanni E., Mosconi M., Ciocca G., Jannini E.A., Ricca V., Lingiardi V. & Maggi M. (2017), *Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homo-phobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers*, in Journal of Endocrinological Investigation. 40, pp. 263-273.
Foucault, M. (1976), *La volonté de savoir. Paris*: Gallimard.
Goberna-Tricas, J. (2020), *Violenza ostetrica, una forma di violenza di genere durante la gravidanza e il parto. Nascere e mettere al mondo*, in Sguardi sociali e filosofico politici, 1, pp. 59-66.
Illich, I. (1976), *Medical nemesis: The expropriation of health*, New York, Pantheon.
Lelleri R. (2006), Survey nazionale su stato di salute, comportamenti protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione omo-bisessuale, http://www.lelleri.it/pdf/MODIDI_report_finale_ITALIA.pdf (consultato the 9 novembre 2025).
Lisy K., Peters M.D.J., Schofield P. & Jefford M. (2018), *Experiences and unmet needs of lesbian, gay, and bisexual people with cancer care: A systematic review and meta-synthesis*, in Psychooncology, 27, pp. 1480-1489.
Macapagal K., Bhatia R. & Greene G.J. (2016), *Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults*, in LGBT Health, 3, 6, pp. 434-442.
McGlynn N., Browne K., Sherriff N., Zeeman L., Mirandola M., Gios L., Davis R., Donisi V., Farinella F., Rosińska M., Niedźwiedzka-Stadnik M., Pierson A., Pinto N. & Hugendubel K. (2020), *Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare*, in Culture, Health & Sexuality, 22, pp. 954-970.
Palmieri, P. A. F. (2025), *La violenza ostetrica come violenza epistemica. Stereotipi legati all'atto generativo, tra tabù, abusi e grida di protesta*, in AboutGender, 14(27), pp. 167-183.
Regione Toscana (2012), *Pazienti non previsti in Ospedale. Atteggiamento del personale sanitario, verso la popolazione lesbica, gay, bisessuale e transessuale*: https://www.regione.toscana.it/-/pazienti-non-previsti-in-ospedale (consultato the 9 novembre 2025).
Rich, A. (1976). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. New York: W.W. Norton & Company.
Sabin, J.A., Riskind R.G. & Nosek B.A. (2015), *Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men*, in American journal of public health, 105, pp. 1831-1841.
Seay J., Mitteldorf D., Yankie A., Pirl W., Kobetz E., & Schlumbrecht M.P. (2018), *Survivorship care needs among LGBT cancer survivors. Journal of Psychosocial Oncology*, 36, pp. 393-405.
Shetty G., Sanchez J.A., Lancaster J.M., Wilson L.E., Quinn G.P. & Schabath M.B (2016), *Oncology healthcare providers' knowledge, attitudes, and practice behaviors regarding LGBT health*, in Patient Education and Counseling, 99, pp. 1676-1684.
Thomas C., Dwyer A, Batchelor J., & Van Niekerk L. (2023), *A qualitative explora-tion of gynaecological healthcare experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer people assigned female at birth*, in Anzjog, 64, 1, pp. 55-62.
Togni E. & Viggiani G. (2022), *Persone LGBTI e accesso alla salute in Italia: i risultati della ricerca Opendoors*, in Salute e Società, XXI, 2, pp. 9-22.
Unger, C.A. (2015), *Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice*, in Journal of Women's Health. 24, 2, pp. 114-118.
Viggiani, G. (2024), *Sexual Orientation, Gender Identity, and Gynecological Health: An Exploratory Study on the Experiences and Needs of LGBTQI+ Individuals in Italy*, in AboutGender, 13(26), pp. 298-313.
Wingo E., Ingraham N. & Roberts S. (2018), *Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study*, in Women's Health Issues, 28, 4, pp. 350-357.
Young, R.M., Meyer, I.H. 2005. *The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse*, in American journal of public health, 95, pp. 1144-1149.

© The Author(s) 2026

Zeeman L., Sherriff N., Browne K., McGlynn N., Mirandola M., Gios L., Davis R., Sanchez-Lambert J., Aujean S., Pinto N., Farinella F., Donisi V., Niedźwiedzka-Stadnik M., Rosińska M., Pierson A. e Amaddeo F. (2019), *Health4LGBTI Network. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities*, in European Journal of Public Health, 1, pp. 974-980.

© The Author(s) 2026