



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE

PRESIDENTE: *Ch.mo Prof.ssa Luciana Caenazzo*

TESI DI LAUREA

**LA SESSUALITÀ NELLA FORMAZIONE DEL TERAPISTA
OCCUPAZIONALE: INDAGINE SUI BISOGNI E SULLE OPPORTUNITÀ
FORMATIVE**

**Sexuality in Occupational Therapy Education:
An Exploration of Training Needs and Opportunities**

RELATORE: Dott., Prof. Alec Vestri

CORRELATRICE: Dott.ssa Sara Guiotto

LAUREANDA: Genny Ballarin

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

I.	RIASSUNTO.....	3
II.	ABSTRACT.....	3
III.	INTRODUZIONE.....	5
1)	LA SESSUALITÀ.....	7
1.1)	Definizione di Sessualità.....	7
1.2)	I Cerchi della Sessualità.....	7
1.3)	I Principali Sistemi Motivazionali nell’Uomo.....	9
1.4)	La Sessualità nell’Arco della Vita.....	10
1.5)	La Sessualità e la Disabilità.....	12
1.5.1)	Miti su Sessualità e Disabilità.....	13
1.5.2)	Barriere a cui può andare incontro una persona con disabilità nella sfera della sessualità.....	13
1.6)	I Diritti Sessuali.....	15
1.7)	La sessualità nella terapia occupazionale.....	18
1.7.1)	Modelli di valutazione e d’intervento per la sfera della sessualità.....	21
2)	EDUCAZIONE E FORMAZIONE SULLA SESSUALITÀ.....	24
2.1)	Educazione e formazione sessuale.....	24
2.1.1)	Educazione sessuale per le persone con disabilità.....	25
2.2)	Educazione e formazione sessuale ai terapisti occupazionali.....	29
2.2.1)	Informazioni sulla sessualità rilevanti per i terapisti occupazionali.....	30
3)	INDAGINE SULLA FORMAZIONE SESSUALE NELLE UNIVERSITÀ DI TERAPIA OCCUPAZIONALE.....	33
3.1)	Indagine sulla formazione sessuale nelle università di terapia occupazionale in Italia.....	33
3.2)	Somiglianze e differenze con alcune realtà estere.....	34
3.3)	Corsi non curricolari specifici sulla sessualità.....	37
4)	QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AI TERAPESTI OCCUPAZIONALI PER ESPLORARE LA FORMAZIONE SESSUALE.....	38
4.1)	Creazione del questionario.....	38
4.2)	Somministrazione del questionario ai terapisti occupazionali.....	41
4.3)	Statistiche.....	42
4.4)	Risultati del questionario.....	43

4.4.1) Analisi del campione.....	43
4.4.2) Analisi delle risposte del campione.....	45
4.4.3) Analisi delle statistiche inferenziali.....	52
5) DISCUSSIONE.....	54
5.1) Limiti dello studio.....	56
6) CONCLUSIONI.....	57
6.1) Prospettive future.....	57
7) BIBLIOGRAFIA.....	58
8) SITOGRAFIA.....	59

I. RIASSUNTO

La sessualità rappresenta una componente fondamentale della vita umana, che influenza profondamente il benessere e la qualità della vita delle persone. Tuttavia, questo aspetto è spesso trascurato nel campo della riabilitazione, in particolare nella formazione dei terapisti occupazionali. La presente tesi si propone di esplorare la necessità di una formazione specifica nella sfera della sessualità per i terapisti occupazionali, al fine di migliorare la qualità delle cure fornite ai pazienti. Per raggiungere questo obiettivo, sono stati condotti una ricerca bibliografica approfondita e un'indagine mediante questionario rivolto ai terapisti occupazionali attualmente in servizio.

La ricerca bibliografica ha permesso di raccogliere e analizzare le informazioni esistenti sull'importanza della sessualità nella pratica terapeutica e sulle attuali carenze formative in questo ambito. Il questionario, invece, ha raccolto dati qualitativi e quantitativi sulle percezioni e le esperienze dei terapisti in relazione alla gestione della sessualità nei loro interventi professionali.

La struttura della tesi è organizzata come segue: il primo capitolo offre una panoramica teorica del concetto di sessualità e della sua importanza nella vita umana e di cosa il terapeuta occupazionale può fare in questa sfera della persona. Il secondo capitolo discute dell'educazione sessuale in generale ed approfondisce la necessità di un'educazione sessuale specifica per i terapisti occupazionali, il terzo mette in evidenza come le università attualmente non affrontano adeguatamente questo tema. Il quarto capitolo descrive la creazione e la somministrazione del questionario ai professionisti sanitari, presentando i risultati e le implicazioni possibili a partire dalle osservazioni raccolte.

Dai risultati emersi, si evidenzia una significativa carenza di formazione specifica sulla sessualità tra i terapisti occupazionali: il 79,6% del campione non ha mai ricevuto una formazione dedicata. Tuttavia, i dati rivelano una percezione diffusa dell'importanza di questa tematica, con il 76,1% dei terapisti che la giudica utile per la pratica clinica. L'analisi ha inoltre mostrato che, nonostante molti professionisti incontrino situazioni in cui sarebbe opportuno trattare temi legati alla sessualità, il 69,9% del campione si sente poco competente nel farlo.

L'integrazione della sessualità nella formazione universitaria dei terapisti occupazionali permetterebbe ai professionisti di affrontare con maggiore competenza e serenità questa sfera fondamentale della vita umana, migliorando così la qualità dell'intervento terapeutico, anche solo per individuare le problematiche e comprendere meglio a chi indirizzare le eventuali risposte.

II. ABSTRACT

Sexuality is a fundamental component of human life, profoundly influencing people's well-being and quality of life. However, this aspect is often neglected in the field of rehabilitation, particularly in the training of occupational therapists. This thesis aims to explore the need for specific training in the sphere of sexuality for occupational therapists in order to improve the quality of care provided to patients.

To achieve this goal, an extensive literature review and a survey conducted via questionnaire for currently practicing occupational therapists were carried out.

The literature review allowed for the collection and analysis of existing information about the importance of sexuality in therapeutic practice and the current training gaps in this area.

The questionnaire, on the other hand, gathered qualitative and quantitative data on therapists' perceptions and experiences regarding the management of sexuality in their professional interventions.

The structure of the thesis is organized as follows: the first chapter offers a theoretical overview of the concept of sexuality and its importance in human life, as well as what occupational therapists can do in this sphere of a person. The second chapter discusses sex education in general and delves into the necessity of specific sex education for occupational therapists, the third highlights how universities currently do not adequately address this topic. The fourth chapter describes the creation and administration of the questionnaire to healthcare professionals, presenting the results and potential implications based on the collected observations.

The results indicate a significant lack of specific training on sexuality among occupational therapists: 79.6% of the sample has never received dedicated training. However, the data reveal a widespread perception of the importance of this topic, with 76.1% of therapists considering it beneficial for clinical practice. The analysis also shows that, despite many professional encountering situations where it would be appropriate to address sexuality-related issues, 69.9% of the sample feels insufficiently competent to do so.

Integrating sexuality into the university training of occupational therapists would enable professionals to address this fundamental aspect of human life with greater competence and confidence, thereby enhancing the quality of therapeutic interventions, even if only to identify issues and better understand whom to refer for appropriate responses.

III. INTRODUZIONE

Nel corso dei miei studi di terapia occupazionale non ho mai sentito parlare di sessualità come argomento di interesse professionale per il terapeuta occupazionale, che ritengo di fondamentale importanza per persone di qualsiasi età, genere, orientamento sessuale e con qualsiasi eventuale disabilità.

La sessualità si sviluppa nel corso della vita ed è parte integrante dei pensieri, dei sentimenti e dei comportamenti quotidiani. Essa forma l'identità di genere, contribuisce all'autostima e alla formazione del ruolo sociale e si riferisce a un'intera gamma di atteggiamenti, comportamenti e attività. La sessualità ha un'innata dimensione occupazionale e le persone possono esprimerla attraverso un'ampia gamma di occupazioni, tra cui il depilarsi, lavarsi, truccarsi, il prendersi cura di un partner, organizzare un appuntamento o impegnarsi in un'attività sessuale.

Mi sono chiesta “È importante che i terapisti occupazionali siano formati sul tema della sessualità? In tal caso, quali sono le informazioni di cui avrebbero bisogno?”.

Per questo mi sono posta l'obiettivo di indagare l'eventuale necessità di approfondire questo ambito nel nostro percorso formativo.

Un ulteriore scopo del lavoro sarà quello di formulare dei suggerimenti sulla formazione per il corso di laurea di terapia occupazionale nella sfera della sessualità.

Durante il mio percorso formativo universitario, l'unica occasione in cui la sessualità è stata menzionata è stata nell'introduzione della piramide dei bisogni di Maslow, *Figura A*.



Figura A: La piramide dei bisogni di Maslow (Tratto da: Douglas T. Kenrick, Vladas Griskevicius, Steven L. Neuberg1, and Mark Schaller (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. Perspect Psychol Sci.)

La piramide di Maslow, infatti, sottolinea come la soddisfazione dei bisogni sessuali sia essenziale per il benessere complessivo degli individui. Se la salute sessuale è alla base della piramide possiamo dedurre che è una parte della vita importante. Il sesso, come atto fisico, è posto tra quelle necessità legate a esigenze naturali e primarie ovvero i bisogni fisiologici. La sfera della sessualità, come completezza di sentimenti, la ritroviamo anche tra tutti quei comportamenti che rientrano nella sfera dell'appartenenza e dell'amore. La piramide dei bisogni di Maslow infatti è stata superata dalle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) circa la sessualità, che pongono questa dimensione importante ad ogni livello, non solo quello dei bisogni primari.

Nei corsi di anatomia e fisiologia, non è stato trattato l'apparato riproduttivo in dettaglio, mentre nei corsi di psicologia si è discusso di concetti come amore, intimità, passione, amicizia, relazioni e attrazione e della loro importanza, ma non in relazione diretta alla pratica terapeutica.

Spesso il tema della sessualità ci imbarazza e ci mette a disagio, al punto da spingerci a ignorarlo e a non prestargli attenzione. Eppure, sappiamo quanto profondamente esso faccia parte della nostra vita, dei nostri interessi, bisogni e desideri, influenzando il nostro modo di relazionarci con gli altri e con noi stessi. La sessualità non solo gioca un ruolo fondamentale, dal punto di vista antropologico, per il mantenimento della specie e per le strutture e le reti sociali che ha creato nel corso della storia, ma è anche diventata soggetto di espressione artistica. È tematica principale per pittori e poeti, evolvendosi in un mezzo complesso e articolato di espressione, soddisfazione, scambio e crescita [1]. Quando si parla di sessualità, spesso si commette l'errore di ridurla esclusivamente al sesso, al semplice coito, non necessariamente finalizzato alla riproduzione. Si tende a dimenticare o a sottovalutare il valore emotivo, affettivo, sociale, mentale e ludico che essa comporta. La sessualità non è solo il rapporto fisico, poiché include anche il dibattito su di essa, l'esplorazione della propria identità e orientamento, l'intesa con l'altro, il gioco di sguardi e lo scambio reciproco. Riguarda inoltre la dimensione dell'autoerotismo, la realizzazione del proprio ruolo sociale e la ricerca di integrazione all'interno di un gruppo [1].

Una frase che ha scritto una terapeuta occupazionale in una tesi di laurea e che mi ha colpito molto è: "In ospedale sembra che non ci sia spazio per il sesso, come se per un evento che ha cambiato la parte fisica e/o cognitiva della persona questa automaticamente perda la libido. Questa parte della quotidianità viene accantonata in un angolo, come se le cose importanti siano sempre e solo altre. Perché una persona deve ritenere più importante saper di nuovo avvitare e svitare un tappo di una bottiglietta rispetto ad aprire un lubrificante? Perché è più importante sapersi sedere in carrozzina in modo ergonomico piuttosto che sapere che posizioni sono più semplici a letto con il partner?" [2].

La scelta di affrontare questo argomento nasce dalla constatazione che i terapisti occupazionali, nel loro lavoro quotidiano, si occupano di migliorare le attività di vita quotidiana e la qualità della vita dei pazienti. Nell'ambito di una formazione ricevuta davvero completa e significativa per la mia formazione professionale, ho notato la mancanza di discussione sulla sessualità, considerando l'importanza che questo tema ricopre per il benessere di tutte le persone, indipendentemente da età, sesso o disabilità.

La speranza è che questo lavoro contribuisca a una maggiore sensibilizzazione e accettazione di tematiche spesso considerate tabù, migliorando la qualità delle cure offerte ai pazienti.

1) LA SESSUALITÀ

1.1.) Definizione di Sessualità

“La sessualità è un aspetto centrale dell'essere umano per tutto l'arco della sua vita e comprende il sesso biologico, le identità e i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione. Essa è vissuta ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, credenze, atteggiamenti, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. La sessualità è influenzata dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, culturali, legali, storici, religiosi e spirituali. La sessualità è fonte di piacere e benessere e contribuisce all'appagamento e alla soddisfazione generale.” [3].

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *“la sessualità è un elemento centrale nella vita degli esseri umani. Essa è fonte di piacere, di salute e benessere, di comprensione e soddisfazione dei bisogni umani di contatto, intimità, espressione emozionale, tenerezza e amore.”* [vedi sitografia: A].

La sessualità è concettualizzata come una componente dinamica dell'identità che dà significato e si esprime attraverso l'impegno in attività sessuali (per esempio, petting, rapporti sessuali o masturbazione), relazioni sessuali e ruoli culturalmente prescritti (per esempio, il partner) [4].

1.2) I Cerchi della Sessualità

La sessualità è molto più dei sentimenti o dei rapporti sessuali. È una parte importante di ciò che una persona è e di ciò che diventerà. Comprende tutti i sentimenti, i pensieri e i comportamenti associati all'essere donna o uomo o altro, all'essere attraente e all'essere innamorato, nonché alle relazioni che includono l'intimità sessuale e l'attività sensuale e sessuale. Include anche il godimento del mondo come lo conosciamo attraverso i cinque sensi: gusto, tatto, olfatto, udito e vista [5].

Brittany Larson and Sarah Stutz, nel loro lavoro di tesi di laurea magistrale di terapia occupazionale *“Integration of Sexuality Content into an Occupational Therapy Curriculum”* del 2014 all'Università del North Dakota, approfondiscono il concetto dei “Cerchi della Sessualità” [5].

Essi rappresentano le diverse dimensioni della sessualità umana, che vanno oltre il semplice atto sessuale e includono la sensualità, l'intimità sessuale, l'identità sessuale, la riproduzione e la sessualizzazione. Ognuno di questi cerchi contribuisce in modo unico alla nostra esperienza sessuale e alla nostra identità.

Essi sono [5]:

- **Cerchio 1: sensualità**

La sensualità è la consapevolezza e il sentimento del proprio corpo e di quello degli altri, in particolare del corpo del partner sessuale. La sensualità ci permette di sentirci bene riguardo all'aspetto e alle sensazioni del nostro corpo e a ciò che può fare. La sensualità ci permette

anche di godere del piacere che il nostro corpo può dare a noi agli altri. Questa parte della nostra sessualità influisce sul nostro comportamento.

- **Cerchio 2: intimità sessuale**

L'intimità sessuale è la capacità di essere emotivamente vicini a un altro essere umano e di accettare la vicinanza in cambio. Diversi aspetti dell'intimità includono: condivisione, prendersi cura, piacere o amare un'altra persona, rischio emotivo, vulnerabilità.

- **Cerchio 3: identità sessuale**

L'identità sessuale è la concezione che una persona ha di chi è sessualmente, compreso il senso di essere maschio o femmina o altro. L'identità sessuale è composta da tre tasselli che insieme, influenzano il modo in cui ogni persona vede se stessa:

-*identità di genere*: sapere se si è maschio o femmine o altro, a volte, il sesso biologico di una persona non corrisponde alla sua identità di genere.

-*ruolo di genere*: identificare azioni e/o comportamenti per ciascun genere

-*orientamento sessuale*: se l'attrazione primaria di una persona è verso persone dell'altro sesso o verso lo stesso sesso o verso entrambi i sessi

- **Cerchio 4: riproduzione e salute sessuale**

Si tratta della capacità di una persona di riprodursi e dei comportamenti e degli atteggiamenti che rendono le relazioni sessuali sane e piacevoli. Necessita di informazioni concrete sulla riproduzione, comprende sentimenti e atteggiamenti come l'infezione da malattie sessualmente trasmissibili, l'uso di contraccettivi, l'aborto, la gravidanza e il parto. Il rapporto sessuale è uno dei comportamenti più comuni tra gli esseri umani.

- **Cerchio 5: sessualizzazione**

La sessualizzazione è quell'aspetto della sessualità in cui le persone si comportano sessualmente per influenzare, manipolare o controllare altre persone. Spesso definito “il lato oscuro della sessualità umana”, la sessualizzazione comprende comportamenti che vanno da quelli relativamente innocui a quelli violenti, crudeli e criminali. Questi comportamenti sessuali comprendono il flirtare, la seduzione, il negare il sesso a un partner intimo per punirlo o per ottenere qualcosa, le molestie sessuali, gli abusi sessuali e lo stupro.

I 5 cerchi sono schematizzati nella *Figura 1*.

Circles of Sexuality

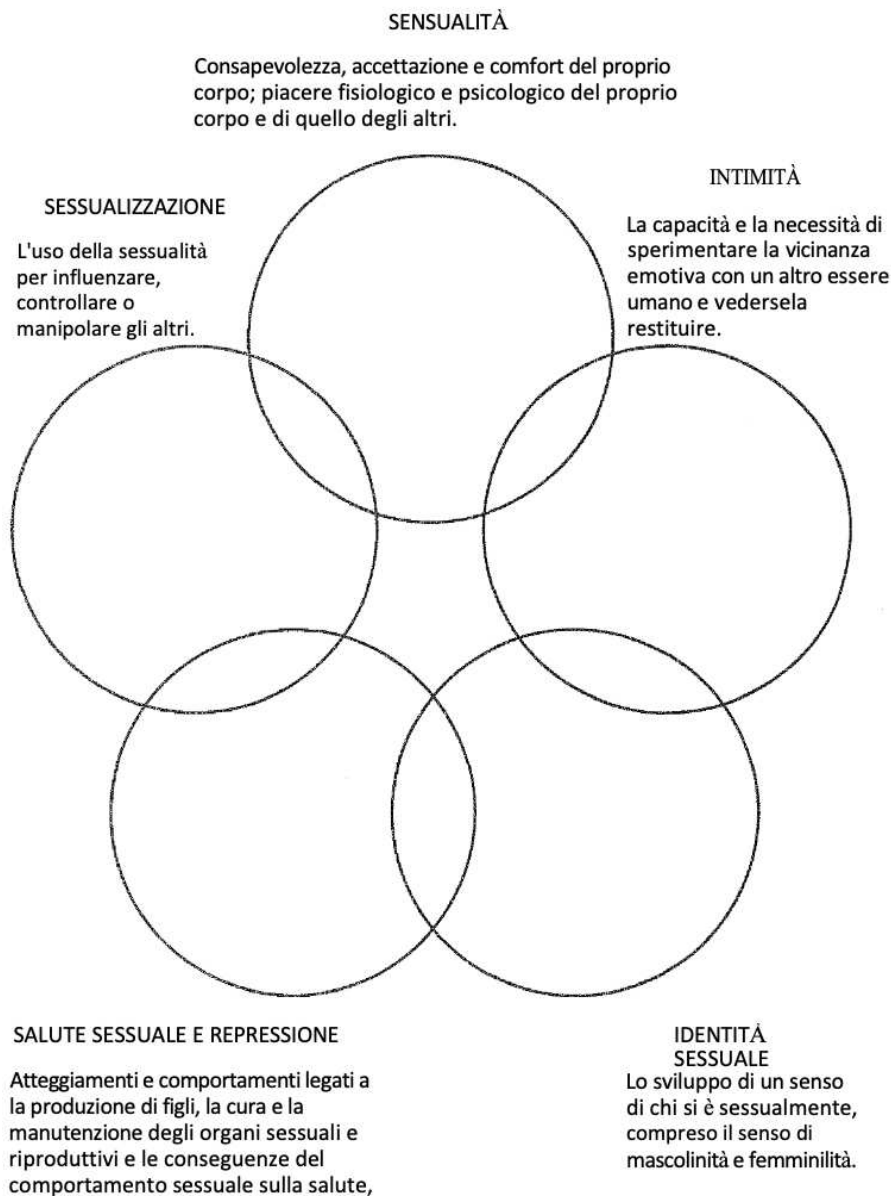


Figura 1: I Cerchi della Sessualità (Tratto da Advocates for Youth. (2007). Educazione alla pianificazione della vita. Washington, DC)

1.3) I Principali Sistemi Motivazionali nell'Uomo

Il sistema sessuale fa parte dei principali sistemi motivazionali che operano nell'essere umano insieme al sistema di attaccamento, il sistema di accudimento, il sistema di rango e il sistema cooperativo. Questi sistemi influenzano il modo in cui ci relazioniamo agli altri e come esprimiamo la nostra sessualità [6].

Essi sono [6]:

- **Sistema di attaccamento**: questo sistema ha lo scopo di conseguire la vicinanza protettiva di una persona più capace di offrire protezione e conforto. Viene attivato da situazioni di

pericolo, dolore fisico o emotivo e solitudine. Si disattiva una volta raggiunta la protezione o quando risulta impossibile ricevere conforto. Genera paura, tristezza, rabbia o distacco quando non soddisfatto, mentre quando è soddisfatto, produce conforto, gioia, fiducia e sicurezza.

- **Sistema di accudimento:** complementare al sistema di attaccamento, ha lo scopo di offrire vicinanza e proteggere il soggetto più debole. Viene attivato dalla percezione di fragilità o difficoltà e da richieste di aiuto, e si disattiva con la percezione di segnali di sollievo e sicurezza dell'altro. Quando non soddisfatto, può generare colpa, ansia e compassione; quando soddisfatto, stimola stati affettivi quali tenerezza, gioia e amore genitoriale.
- **Sistema sessuale:** questo sistema ha lo scopo di raggiungere il piacere sessuale e il mantenimento del legame. È attivato dalle oscillazioni ormonali, stimolazioni sensoriali e segnali comportamentali dell'altro. Si disattiva con il raggiungimento dell'orgasmo o dall'attivazione di sistemi motivazionali incompatibili. Se ostacolato, può generare vissuti di gelosia, pudore e paura del rifiuto; quando soddisfatto, genera desiderio, piacere e amore erotici.
- **Sistema di rango:** questo sistema ha lo scopo di definire il rango di dominanza e sottomissione e proteggere le proprie risorse. Viene attivato da segnali di sfida o percezione di risorse limitate e si disattiva con segnali di resa o attivazione di altri sistemi motivazionali. Se insoddisfatto, può generare vissuti di paura, vergogna, umiliazione o tristezza; quando soddisfatto, produce collera da sfida, trionfo e orgoglio.
- **Sistema cooperativo:** questo sistema ha lo scopo di raggiungere un obiettivo comune. È attivato da segnali di non minaccia, come il sorriso, e dalla percezione di un obiettivo comune. Si disattiva con la gioia e rilassatezza per il raggiungimento della meta. Se non soddisfatto, può generare colpa, isolamento, sfiducia e risentimento; quando soddisfatto, genera empatia, lealtà reciproca, fiducia e amore amicale.

Il legame affettivo e sentimentale tra adulti implica differenti sistemi motivazionali contemporanei: quello di attaccamento in primis, ma anche quello di accudimento e di accoppiamento sessuale [6].

1.4) La Sessualità nell'Arco della Vita

La sessualità si sviluppa nel corso della vita ed è parte integrante dei pensieri, dei sentimenti e dei comportamenti quotidiani. Le occupazioni sessuali e intime sono un settore chiave per le persone in qualsiasi fase della vita. Sebbene possa sembrare che le occupazioni sessuali intime siano riservate agli adulti, in realtà questo insieme di occupazioni segue una sequenza di sviluppo che inizia dalla nascita e influenza le persone come esseri sessuali e intimi per tutta la loro vita [vedi sitografia: A, vedi bibliografia: 7].

Le Fasi della Sessualità:

Infanzia e prima infanzia (dalla nascita fino ai 3 anni): il benessere sessuale dei neonati e dei bambini piccoli è raramente considerato al di fuori del contesto di un sano sviluppo fisiologico [7]. Tuttavia, una varietà di esperienze infantili avverse (Adverse Childhood Experiences o ACE) che si verificano durante questo periodo possono influenzare il benessere sessuale durante la vita. Gli ACE includono l'esperienza o l'assistere a violenza, abuso, abbandono, morte in famiglia o problemi

di salute mentale. Queste esperienze possono influenzare vari aspetti della salute e delle funzioni più avanti nella vita, comprese le occupazioni sessuali e intime [A, 7].

Le occupazioni in cui si impegnano i bambini in questa fase includono la partecipazione sociale (cioè l'intimità e il legame con i genitori o altre figure) e l'attività sessuale (cioè l'auto-esplorazione) [7]. I valori e le credenze culturali e familiari possono influenzare fortemente le norme e gli stereotipi di genere che vengono impressi nei giovani già prima dell'età di 3 anni, il che può avere effetti significativi sullo sviluppo dell'identità e sulla salute dei bambini [A, 7].

Infanzia e gioventù (dai 3 anni alla pubertà): durante questa fase, la curiosità dei bambini e l'esplorazione di sé stessi e degli altri sono tratti distintivi delle occupazioni sessuali e di intimità [7]. Espressioni comuni di sessualità comprendono toccare i propri genitali, guardare altri nudi e sviluppare infatuazioni o "cotte" per altri bambini [7]. L'infanzia è segnata da un aumento delle dimensioni e dall'utilizzo dei social network [A, 7]. L'interazione sociale si estende oltre i membri della famiglia e comprende amici di età simile e di diverse identità di genere, abilità e background [7].

Adolescenza (dalla pubertà fino ai 18 anni): l'adolescenza è un periodo cruciale per l'indipendenza e l'autonomia nelle occupazioni legate alla sessualità e all'intimità [A, 7]. Tuttavia, l'indipendenza è fortemente influenzata dall'educazione familiare e dalla morale, nonché da valori e credenze culturali. L'OMS suggerisce che gli adolescenti hanno bisogno di un'educazione sessuale inclusiva e completa per accedere e applicare informazioni per pratiche sessuali sicure e gestire la salute sessuale [A].

Gli adolescenti sperimentano un cambiamento nelle priorità delle loro relazioni sociali, spostando l'attenzione dalle famiglie agli amici e, per alcuni, ai partner intimi. Possono esplorare le variazioni nella loro espressione sessuale per apprendere le loro preferenze; è spesso attraverso tali esperienze intime che iniziano ad esplorare l'occupazione dell'attività sessuale [A, 7].

L'espressione sessuale è un'occupazione importante associata allo sviluppo dell'identità e un'identità personale positiva è vitale per tutti i giovani perché è associata a un'autostima positiva e a migliori risultati in termini di salute mentale. Pertanto, sostenere l'espressione sessuale è fondamentale per affermare l'autostima e migliorare la salute mentale [7].

Giovane età adulta (dai 18 anni ai 39 anni): in giovane età adulta si verifica la "socio sessualità" ossia l'impegno in occupazioni sessuali senza impegno precedente o successivo. Una volta raggiunta l'età adulta, le opzioni per le occupazioni legate all'attività sessuale diventano più numerose e più possibili rispetto alle fasi precedenti della vita. Le relazioni sessuali possono coinvolgere due o più persone con qualsiasi combinazione di identità di genere e strutture corporee, indipendentemente dall'orientamento sessuale [A, 7].

L'intimità è un'altra occupazione importante nella giovane età adulta. L'intimità per i giovani adulti può comportare il dare e ricevere affetto da altri, siano essi amici, partner sessuali occasionali, partner romantici o estranei su Internet [7].

Mezza età adulta (dai 40 anni ai 64 anni): le occupazioni legate all'attività sessuale durante la mezza età adulta spesso riecheggiano le occupazioni della giovane età adulta, sebbene possano cambiare in frequenza, durata o in altri modi. La monogamia, il poliamore e il rimanere single sono tutte opzioni di relazione praticabili durante questo periodo [7].

Durante l'età adulta, le persone continuano a sviluppare e mantenere relazioni intime e sessuali. Le priorità possono includere la ricerca di un partner stabile, il matrimonio e la formazione di una famiglia. In questa fase, la sessualità può essere influenzata da fattori come la stabilità economica,

le responsabilità lavorative, la genitorialità e la salute fisica e mentale. La comunicazione aperta con il partner, la comprensione reciproca e il rispetto delle esigenze e dei desideri sessuali sono cruciali per mantenere relazioni sessuali soddisfacenti. Inoltre, l'accesso ai servizi di salute sessuale, come la contraccezione e la consulenza, è essenziale per la gestione della sessualità e del benessere sessuale [A, 7].

Oltre ai cambiamenti fisici e fisiologici, le persone possono sperimentare nuovi fattori di stress associati a questa fase della vita che possono influenzare il loro sesso e la loro intimità [A, 7].

Età adulta avanzata (dai 65 anni in su): in età adulta, molte persone possono sperimentare profondi cambiamenti nella loro vita sociale e nei partner intimi che influiscono sulle loro occupazioni, come la necessità di prendersi cura dei nipoti o la perdita del coniuge [A, 7]. La perdita del coniuge o del compagno di lunga data può diminuire le opportunità di attività sessuale ma può anche presentare nuove opportunità di appuntamenti e di altre occupazioni che costruiscono l'intimità. L'invecchiamento tipico include molti cambiamenti che possono alterare l'espressione sessuale di una persona, compresi cambiamenti nelle strutture e nelle funzioni del corpo che influenzano le capacità prestazionali. L'attività sessuale in età adulta può essere influenzata dalla diminuzione dell'energia fisica e dall'aumento del disagio fisico. Ulteriori cambiamenti legati all'età includono diminuzione degli ormoni sessuali, aumento del tempo e delle tecniche di risposta sessuale, diminuzione dell'intensità dell'orgasmo e tempi di eiaculazione più lunghi o periodi refrattari più pronunciati [A].

La società tende a ignorare la sessualità degli anziani, ma è importante riconoscere che l'intimità e il desiderio sessuale possono persistere fino alla vecchiaia [7]. La pensione, spesso percepita come una fase di declino e di perdita, può in realtà rappresentare un'opportunità inaspettata di riscoperta e di rinnovamento, anche dal punto di vista sessuale. La liberazione dalle responsabilità lavorative e familiari, l'aumento del tempo libero e la maggiore disponibilità a dedicarsi a se stessi e al proprio partner possono creare un terreno fertile per una nuova e intensa fase di esplorazione della propria sessualità [7].

Quindi, la sessualità è una componente complessa e centrale della vita umana lungo tutto l'arco della vita, influenzata da una moltitudine di fattori e sistemi sociali. Essa contribuisce significativamente al benessere e alla qualità della vita in tutte le fasi, dall'infanzia all'età adulta [A, 7].

1.5) La Sessualità e la Disabilità

Come abbiamo visto, la sessualità influisce su molte aree della vita delle persone, tra cui la sicurezza, le occupazioni di valore, i ruoli sociali e l'identità. Queste preoccupazioni sono spesso significative per le persone con disabilità o malattia; pertanto, non dovrebbero essere ignorate [8].

La ricerca afferma che i pazienti apprezzerrebbero avere l'opportunità di parlare di preoccupazioni rispetto alla salute sessuale con i professionisti sanitari. Nonostante le convenzioni sociali secondo cui le persone con disabilità sono disinteressate rispetto alla sessualità, è stato dimostrato che hanno gli stessi desideri di intimità e affetto, così come eventualmente il desiderio sessuale [9].

Le persone con disabilità raccontano e manifestano gli stessi desideri, aspettative, sogni sessuali delle altre persone. Inoltre, la ricerca tra le persone disabili ha costantemente indicato che la capacità di esprimere la propria sessualità è una dimensione importante nella costruzione di una buona vita [8].

1.5.1) Miti su Sessualità e Disabilità

Molte persone credono ai miti sulla sessualità delle persone che vivono con disabilità. Questo concetto è stato particolarmente sviluppato nella tesi di laurea di Brittany Larson and Sarah Stutz *“Content into an Occupational Therapy Curriculum”* (*“Integrazione dei contenuti sulla sessualità in un curriculum di terapia occupazionale”*) [10].

I miti comuni sono [10]:

- **Mito 1:** “Le persone con disabilità non hanno una sessualità e non sentono il desiderio di fare sesso.” Tutte le persone, compresi i giovani, sono esseri sessuali, indipendente dal fatto che vivono o meno la loro sessualità. Tutte le persone hanno bisogno di affetto, amore, intimità, accettazione e compagnia.
- **Mito 2:** “Le persone con disabilità sono infantili e dipendenti.” Quest’idea può derivare dalla convinzione che una persona disabile sia in qualche modo incapace di partecipare in modo equo a una relazione intima. Il disagio sociale, sia riguardo alla sessualità che alla sessualità delle persone con disabilità, potrebbe significare che è più facile considerare chiunque viva con una disabilità come un 'eterno bambino'.
- **Mito 3:** “Le persone con disabilità sono ipersessuali e non possono controllare la loro sessualità.” Questo mito deriva dagli altri due: se le persone con disabilità non sono né asessuate né infantili, allora forse sono 'ipersessuali' e hanno 'impulsi incontrollabili'. La realtà è che l'istruzione e la formazione sono fondamentali per promuovere comportamenti sani e rispettosi reciprocamente, indipendentemente dalle capacità del giovane.

Indipendentemente dalle sfide fisiche, mentali o emotive che affrontano, i giovani hanno sentimenti, desideri sessuali e bisogno di intimità e vicinanza. Per comportarsi in modo sessualmente responsabile, ognuno ha bisogno di competenze, conoscenze e supporto [10]. I giovani con disabilità sono molto più vulnerabili agli abusi sessuali rispetto ai loro coetanei ma provano lo stesso disagio e soffrono della stessa mancanza di informazioni riguardo alla sessualità e alla salute sessuale [10].

1.5.2) Barriere a cui può andare incontro una persona con disabilità nella sfera della sessualità

La maggior parte delle persone prova desiderio e pulsione sessuale indipendentemente dal fatto che abbiano o meno una disabilità [6]. Le persone con disabilità hanno relazioni intime a breve e lungo termine e sono esseri sessuali. Le loro relazioni possono essere con persone con o senza disabilità e possono essere fugaci o durare tutta la vita [6].

Infatti, studi recenti mostrano come la sessualità nella coppia con un partner con disabilità fisica, cognitiva, sensoriale o mentale/psichica non sia diversa, ma che diverso sia il modo di realizzarla

per i limiti funzionali del corpo, per i conseguenti vissuti di vergogna e paura ad esso associati o per la difficoltà nella gestione delle emozioni [6].

Le barriere a cui può andare incontro una persona con disabilità nella sfera della sessualità si manifestano su diversi livelli [7, 11]:

1. Barriere fisiche:

- Accessibilità: difficoltà nell'accesso ad ambienti e strutture adatte alle loro esigenze, sia in contesti pubblici che privati.
- Mancanza di ausili: carenza di strumenti e tecnologie specifiche per facilitare la pratica sessuale.

2. Barriere emotive e attitudinali:

- Pregiudizi e stereotipi: la sessualità delle persone con disabilità è spesso oggetto di tabù e misconcezioni, che le portano a sentirsi stigmatizzate ed escluse.
- Bassa autostima: interiorizzazione di atteggiamenti negativi verso il proprio corpo e le proprie capacità, ostacolando la libera espressione della sessualità.
- Mancanza di educazione sessuale: difficoltà ad accedere a informazioni e conoscenze adeguate sulla sessualità, limitando la consapevolezza e l'autonomia in materia.
- Difficoltà nella gestione delle emozioni

3. Barriere specifiche della disabilità:

- Disabilità fisica: limitazioni fisiche che possono ostacolare o rendere difficoltosa la pratica sessuale.
- Disabilità cognitiva: difficoltà nella comprensione e nella gestione di concetti e comportamenti legati alla sessualità.
- Disabilità sensoriale: le disabilità sensoriali, come la perdita dell'udito o della vista, possono limitare la percezione e l'esperienza della sessualità. Ad esempio, una persona sorda potrebbe avere difficoltà nella comunicazione con il partner, mentre una persona non vedente potrebbe trovarsi in difficoltà nel riconoscere segnali visivi o ambientali.
- Disabilità mentale/psichica: le persone con disabilità mentali o psichiche, come depressione, ansia o disturbi dell'umore, possono affrontare barriere legate alla loro percezione della sessualità e alla loro capacità di instaurare relazioni intime.

Alcuni studi evidenziano come adolescenti con disabilità intellettiva percepiscano e mostrino gli stessi problemi degli adolescenti normodotati e come i comportamenti sessuali socialmente inappropriati, quando presenti, non siano dovuti tanto alla disabilità, ma alla mancanza di un'educazione sessuale che sfocia nell'impossibilità per i giovani con disabilità di accedere alle informazioni, di poter avere una formazione relativamente alla propria salute, alla sicurezza e alla contraccezione [6].

Anche le persone con disabilità fisica vivono una realtà complessa che li pone a rischio: non essendo percepite come persone autonome, attive e con bisogni sessuali e desideri di una vita affettiva, emotiva e sessuale soddisfacente, rischiano di incorrere in depressione. Studi recenti

mostrano infatti come il benessere, la soddisfazione sessuale, l'immagine corporea siano correlati in modo significativo a livelli di autostima [6].

La più importante distinzione è sicuramente fra disabilità sensoriale e fisica versus quella cognitiva: se nel primo caso i limiti sono connessi a come “fare” concretamente l'atto sessuale (si pensi ad esempio alle persone tetraplegiche), la disabilità cognitiva introduce un aspetto differente connesso alla consapevolezza di quanto si sta facendo modulato ovviamente sui livelli di gravità o complessità della problematica cognitiva. La persona con disabilità cognitiva generalmente non ha limitazioni fisiche che impediscano l'atto sessuale, ma esiste una questione legata alla responsabilità e alla comprensione delle proprie azioni e intenzioni [6].

Anche nelle cure palliative, l'espressione sessuale può essere importante per la qualità della vita. Nel contesto dell'HIV e dell'AIDS, si è ritenuto che i pazienti provassero sentimenti sessuali fino alle fasi terminali della malattia e il terapeuta è riuscito, con qualche difficoltà, a fornire attrezzature che permettessero alle coppie, se lo desideravano, di condividere lo stesso letto [12].

La sessualità non può essere negata, repressa, nascosta o identificata solo come un peso di cui liberarsi. La sessualità laddove percepita dalla persona, disabile e non, come un bisogno funzionale al proprio benessere psicofisico, non può essere esclusa dall'esperienza di vita [13].

1.6) I Diritti Sessuali

L'Associazione Mondiale per la Salute Sessuale (World Association for Sexual Health, WAS) è un gruppo multidisciplinare e mondiale di società scientifiche, ONG e professionisti nel campo della sessualità umana che promuove la salute sessuale lungo tutto l'arco della vita e in tutto il mondo, sviluppando, promuovendo e sostenendo la sessuologia e i diritti sessuali per tutti [3].

La WAS ha rilasciato nel 1997, ed ha poi rivisitato nel 2014, la Dichiarazione dei Diritti Sessuali.

La medesima dichiarazione scrive: “I diritti sessuali sono diritti umani universali basati sulla libertà, sulla dignità e sull'uguaglianza propri di ogni essere umano. Visto che la salute è un diritto umano fondamentale, la salute sessuale deve essere un diritto umano basilare. Per assicurare lo sviluppo di una sessualità sana negli esseri umani e nelle società i diritti sessuali seguenti debbono essere riconosciuti, promossi, rispettati e difesi da tutte le società con ogni mezzo. La salute sessuale è il risultato di un ambiente che riconosce, rispetta ed esercita questi diritti sessuali” [3].

Essi sono [3] :

- 1) **Diritto all'uguaglianza della non discriminazione.** Ogni individuo ha il diritto di godere di tutti i diritti sessuali enunciati in questa dichiarazione senza distinzioni di alcun tipo quali razza, etnia, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro tipo, origine nazionale o sociale, luogo di residenza, proprietà, disabilità congenita, età, nazionalità, stato civile familiare, orientamento sessuale, identità ed espressione di genere, stato di salute, situazione economica e sociale e altri Stati.
- 2) **Diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona.** Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza che non possono essere arbitrariamente minacciate, limitate o portate via per ragioni legate alla sessualità. Questi includono: orientamento sessuale, comportamenti e pratiche sessuali consensuali, identità e espressione di genere o accesso alla fornitura di servizi relativi alla salute sessuale riproduttiva.

- 3) **Diritto all'autonomia e all'integrità fisica.** Ogni individuo ha il diritto di controllare e decidere liberamente su questioni relative alla propria sessualità e al proprio corpo. Ciò include la scelta di comportamenti, pratiche, partner e relazioni sessuali nel dovuto rispetto dei diritti degli altri.
- 4) **Diritto di essere liberi dalla tortura e da trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti.** Tutti devono essere esenti da tortura e trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti legati alla sessualità, tra cui: pratiche tradizionali dannose, sterilizzazione forzata, contraccezione o aborto e altre forme di tortura, trattamenti crudeli, inumani o degradanti perpetrati per motivi legati al sesso di qualcuno, all'orientamento sessuale di genere, all'identità ed espressione di genere e alle diversità corporee.
- 5) **Diritto di essere liberi da ogni forma di violenza e coercizione.** Tutti devono essere liberi della violenza e della coercizione legati alla sessualità, tra cui: stupro, abuso sessuale, molestie sessuali, bullismo, sfruttamento sessuale, schiavitù, traffico a scopo di esplorazione sessuale, test di verginità e violenza commessa a causa di pratiche sessuali reali o percepite, orientamento sessuale, identità ed espressione di genere e diversità corporea.
- 6) **Diritto alla privacy.** Ogni individuo ha diritto alla privacy in relazione alla solidità, alla vita sessuale, alle scelte riguardanti il proprio corpo e alle relazioni e pratiche sessuali consensuali senza interferenze e intrusioni arbitrarie. Ciò include il diritto di controllare la divulgazione ad altri di informazioni personali relative alla sessualità.
- 7) **Diritto al più alto livello di salute raggiungibile, compresa la salute sessuale con la possibilità di esperienze sessuali piacevoli, soddisfacenti e sicure.** Ogni individuo ha diritto al massimo livello raggiungibile di salute e di benessere in relazione alla sessualità, compresa la possibilità di esperienze sessuali piacevoli, soddisfacenti e sicure. Ciò richiede la disponibilità, l'accessibilità, l'accettabilità dei servizi sanitari di qualità e l'accesso alle condizioni che influenzano e determinano la salute, compresa la salute sessuale.
- 8) **Diritto a godere dei benefici del progresso scientifico e della sua applicazione.** Ogni individuo ha il diritto di godere dei benefici del progresso scientifico e delle sue applicazioni in relazione alla sessualità e alla salute sessuale.
- 9) **Diritto all'informazione.** Tutti devono avere accesso a informazioni scientificamente accurate e comprensibili relative alla sessualità, alla salute sessuale e ai diritti sessuali attraverso diverse fonti. Tali informazioni non dovrebbero essere censurate, trattenute o trasformate intenzionalmente in modo arbitrario.
- 10) **Diritto all'istruzione e diritto a un'educazione sessuale completa.** Tutti hanno diritto all'istruzione e a un'educazione sessuale completa. L'educazione sessuale completa deve essere adeguata all'età, scientificamente accurata, culturalmente competente e fondata sui diritti umani, sull'uguaglianza di genere e su un approccio positivo alla sessualità e al piacere.
- 11) **Diritto di contrarre, formare e sciogliere il matrimonio e altri tipi di relazioni simili sulla base dell'uguaglianza e del pieno e libero consenso.** Ogni persona ha il diritto di scegliere se sposarsi o meno e di contrarre liberamente e con pieno e libero consenso matrimonio, unione o altre relazioni simili. Tutte le persone hanno diritto all'uguaglianza di diritti all'inizio, durante e allo scioglimento del matrimonio, dell'unione e di altre relazioni simili, senza discriminazioni o esclusioni di alcun tipo. Questo diritto include la parità di

diritti all'assistenza sociale e ad altri benefici, indipendentemente dalla forma di tali relazioni.

- 12) **Diritto di decidere se avere figli, il numero e la distanza tra i figli, e di avere il diritto di avere figli.** L'esercizio di questo diritto richiede l'accesso alle condizioni che influenzano e determinano la salute e il benessere, compresi i servizi di salute sessuale e riproduttiva relativi alla gravidanza, alla contraccezione, alla fertilità, all'interruzione di gravidanza e all'adozione.
- 13) **Diritto alla libertà di pensiero, opinione ed espressione.** Ogni individuo ha il diritto alla libertà di pensiero, di opinione e di espressione in materia di sessualità e ha il diritto di esprimere la propria sessualità attraverso, ad esempio, l'aspetto, la comunicazione e il comportamento, nel rispetto dei diritti degli altri.
- 14) **Diritto alla libertà di associazione e di riunione pacifica.** Ogni persona ha il diritto di organizzarsi, associarsi, riunirsi, manifestare e difendere pacificamente anche la sessualità, la salute sessuale e i diritti sessuali.
- 15) **Diritto alla partecipazione alla vita pubblica e politica.** Ogni persona ha diritto a un ambiente che consenta una partecipazione attiva, libera e significativa e un contributo agli aspetti civili, economici, sociali, culturali, politici e di altro tipo della vita umana a livello locale, nazionale, regionale e internazionale. In particolare, tutte le persone hanno il diritto di partecipare allo sviluppo e all'attuazione delle politiche che determinano il loro benessere, compresa la loro sessualità e salute sessuale.
- 16) **Diritto all'accesso alla giustizia, ai rimedi e ai risarcimenti.** Ogni persona ha il diritto di accedere alla giustizia, ai rimedi e ai risarcimenti per le violazioni dei propri diritti sessuali. Ciò richiede misure educative, legislative, giudiziarie e di altro tipo efficaci, adeguate, accessibili e appropriate. I rimedi comprendono la riparazione attraverso la restituzione, il risarcimento, la riabilitazione, la soddisfazione e la garanzia di non ripetizione.

Anche l'OMS sottolinea che i diritti sessuali sono diritti umani, compreso il diritto all'educazione sessuale, essere sessualmente attivi, avere rapporti sessuali consensuali e avere una vita sessuale sicura, soddisfacente e piacevole. Allo stesso modo, le persone hanno il diritto di svolgere attività lavorative, in particolare il diritto di partecipare a varie occupazioni, scegliere le occupazioni e partecipare liberamente alle occupazioni, comprese la sessualità e l'intimità [7].

La convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, approvata nel 2006 e successivamente ratificata in Italia, proclama valori quali il rispetto per la dignità, l'autonomia individuale, la non-discriminazione, la piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società e le pari opportunità. Nel 2007 ancora sostiene il diritto per le persone con disabilità alla procreazione e il diritto ad una loro maternità e paternità.

Adottare un approccio alla sessualità basato sui diritti implica che le persone disabili abbiano gli stessi diritti alla sessualità delle persone normodotate, che questi diritti dovrebbero essere protetti dai governi e che i diritti sessuali non dovrebbero essere visti come meno importanti degli altri diritti umani. Inoltre, considerare la sessualità come un diritto umano suggerisce che le persone disabili abbiano il diritto di scegliere il modo in cui esprimere la propria sessualità [6].

Se si nega la condizione sessuale, si nega l'identità stessa della persona. Ci sono molti modi, come esseri umani, di vivere la sessualità ma una persona che ha la possibilità di esprimere se stesso sessualmente e attraverso le emozioni e il piacere che ne deriva, può avere, forse, una migliore qualità di vita [13].

1.7) La sessualità nella terapia occupazionale

Il terapeuta occupazionale (TO) ha come focus principale e come mezzo le attività della vita quotidiana e le occupazioni, ossia attività di qualsiasi natura che abbiano un valore emotivo e affettivo per chi le pratica [14]. Il valore aggiunto alla professione del TO è proprio quello di inserire nel piano di trattamento esercizi, strategie, training e adattamenti utili al raggiungimento del maggior grado di autonomia in quelle stesse occupazioni importanti e fondamentali per il paziente. L'American Occupational Therapy Association ha classificato l'attività sessuale come rientrante nel dominio delle attività della vita quotidiana e quindi appartenente a un'area di interesse per i terapisti occupazionali. Tra le ADL appunto troviamo l'attività sessuale definita come "impegnarsi nelle ampie possibilità di espressione sessuale ed esperienze con se stessi o con gli altri" [14].

La sessualità è considerata un elemento dell'identità occupazionale di una persona, indipendentemente dalla presenza di una disabilità, ed è stata largamente considerata un aspetto a cui i terapisti occupazionali devono dedicarsi [9]. È riconosciuto che la sessualità ha un'innata dimensione occupazionale e le persone possono esprimerla attraverso un'ampia gamma di occupazioni, tra cui il depilarsi, il prendersi cura di un partner, l'organizzare un appuntamento o impegnarsi in un'attività sessuale [9].

L'espressione della sessualità può essere inclusa all'interno dell'area delle performance occupazionali del tempo libero. Il comportamento sessuale è considerato all'interno dell'area di performance occupazionale di cura di sé [9].

La sessualità e l'intimità quindi contengono molto di più del semplice atto sessuale. Al di là dei meccanismi fisici dell'attività sessuale, le occupazioni sessuali e intime comprendono un'ampia gamma di attività personalmente significative per costruire relazioni intime, sviluppare un senso di sé, attualizzare il desiderio e provare piacere [7].

La sessualità come occupazione differisce dalla maggior parte delle altre occupazioni perché è altamente personale e comporta enormi variazioni nei valori e nelle credenze sessuali, nell'espressione sessuale e nel modo in cui le persone si impegnano nel sesso [7].

Le occupazioni sessuali e intime sono fondamentali per l'essere umano. In effetti, l'esistenza e la sopravvivenza della nostra specie dipendono anche dalla nostra capacità di impegnarci in occupazioni sessuali e intime. Queste occupazioni svolgono molte funzioni, ma soprattutto forniscono alle persone la possibilità di provare piacere, erotismo e gioia [7].

Sebbene il piacere e l'erotismo possano a prima vista sembrare estranei al ruolo della terapia occupazionale nel sostenere l'autonomia nell'impegno lavorativo del professionista, essi sono in realtà al centro di ciò per cui miriamo come terapisti occupazionali [7]. Il piacere può essere vissuto come una misura della propria libertà. Ha il potenziale per fornire un'esperienza sensoriale, cognitiva ed emotiva che ci mostra cos'è la vera indipendenza e libertà. L'erotismo è più che una

sensazione sessuale; è anche una prospettiva sul significato e sulla bellezza legati al desiderio sessuale, alla sensualità e all'amore romantico. Impegnarsi in occupazioni sessuali e intime è vitale per migliorare la qualità della vita portando piacere, erotismo e gioia nella vita di tutti i giorni [7].

Pur riconoscendo la natura occupazionale della sessualità umana, la ricerca ha suggerito che, indipendentemente dal contesto nazionale o clinico, i terapeuti occupazionali spesso non riescono ad affrontare la sessualità nella pratica [15].

Se la terapia occupazionale deve essere centrata sul cliente, allora i terapeuti devono essere disposti e in grado di rispondere ai bisogni espressi dai loro clienti. Per le persone disabili, questi bisogni e desideri spesso includono l'opportunità di espressione sessuale [15].

La ricerca ha evidenziato che il disagio personale nei confronti del tema della sessualità può portare gli operatori a ignorare o trascurare le discussioni sulla sessualità all'interno della pratica per evitare l'imbarazzo personale o la percezione di una mancanza di professionalità [8].

Sebbene il comfort personale dei clinici nel condurre il loro lavoro professionale debba essere rispettato, è anche importante che essi si sintonizzino con la voce dei pazienti e con le conseguenze che essi possono sperimentare quando le loro preoccupazioni sessuali vengono ignorate durante il processo di riabilitazione. I pazienti in genere cercano informazioni di base e discussioni sul sesso e sostengono che diverse professioni possono contribuire ai servizi di riabilitazione sessuale, ma che la terapia occupazionale si trova in una posizione unica per fornire indicazioni su alcuni elementi del sesso e della sessualità [8].

La terapia occupazionale ha il potere di svolgere un ruolo significativo nella vita delle persone e, grazie a questo potere, ha anche l'obbligo di considerare i clienti nella loro totalità, il che include il sesso e la sessualità [8].

Il terapeuta occupazionale dovrebbe essere infatti preparato a discutere di sessualità così da poter effettivamente permettere il ritorno della persona assistita ad una vita completa e soddisfacente, anche perché, sebbene facente parte della sfera più intima, la sessualità influenza anche l'ambiente sociale della persona [2].

Il non considerare la sessualità nella pratica clinica rappresenta un problema anche perché, in questo modo, non viene rispettato il Codice Deontologico dei Terapisti Occupazionali, che ribadisce l'importanza del considerare la persona nella sua integrità e in tutti gli ambiti della sua vita [16]. Il Codice di Deontologia dei Terapisti Occupazionali è un insieme di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'albo che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale [16].

I terapeuti occupazionali possono facilitare le partnership intime per le persone con disabilità durante tutto il corso della vita contribuendo ad affrontare la sicurezza, il consenso, l'autotutela, le capacità di interazione sociale, la regolazione emotiva, le differenze sensoriali, la partecipazione ad ADL e IADL, la pianificazione familiare e la genitorialità [7]. È inoltre fondamentale che i TO riconoscano come i pregiudizi propri e degli altri influenzano le persone con disabilità quando sono impegnate in relazioni intime. I professionisti devono sfidare continuamente i propri pregiudizi e quelli degli altri per avere un impatto positivo sui clienti e promuovere la giustizia sul lavoro [7].

I TO sono esperti nell'abilitare, riabilitare e facilitare attività significative, competenza che potrebbe essere utilizzata per promuovere l'espressione sessuale e l'intimità. Possono affrontare la sessualità nella loro routine di pratica clinica utilizzando competenze di base di terapia occupazionale, come il problem-solving condiviso, l'uso del sé terapeutico, il posizionamento e l'adattamento di ausili [9].

I terapisti occupazionali possono supportare i loro clienti rendendo accessibili le informazioni sulla salute sessuale e assistendo i loro clienti nello sviluppo delle competenze per comunicare in modo efficace i loro bisogni e diritti per l'istruzione, le relazioni, le relazioni intime e le preferenze e i desideri sessuali con i partner. Possono supportare i propri clienti nello sviluppo di interazioni sociali positive con i partner e aiutandoli a imparare a regolare le proprie emozioni per interazioni più positive [7].

Hanno le competenze necessarie per determinare le barriere ambientali e progettare un ambiente che supporti l'attività sessuale. Possono valutare lo spazio disponibile per l'attività sessuale, considerando le esigenze di preparazione e pulizia; analizzare l'altezza o la fermezza delle superfici in cui può verificarsi l'attività; e determinare come l'illuminazione, i suoni e gli odori facilitano o impediscono la partecipazione all'attività sessuale [7].

Per assistere le persone disabili nell'identificazione dei problemi di performance occupazionale legati alla sessualità, i TO devono iniziare dando ai loro clienti il permesso di discutere di sessualità. Dovrebbero quindi prendere in considerazione l'adozione di un approccio alla sessualità basato sui diritti per rispondere ai bisogni e ai desideri delle persone disabili [15].

La sessualità è una parte della vita che tutti gli individui sperimentano in una dimensione o nell'altra. Quando un individuo è colpito da una malattia o da una lesione, questa ha la capacità di influire su molte aree diverse della sua vita, compreso il suo funzionamento sessuale o la sua sessualità [10].

Per dare al terapeuta occupazionale una dimensione olistica, ossia approcciare la terapia occupazionale tenendo conto dell'individuo nel suo insieme, considerando non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli emotivi, mentali e sociali, tutti gli aspetti della vita del cliente devono essere presi in considerazione all'interno del processo di valutazione e intervento, il che include la sessualità e il funzionamento sessuale [10].

Nel contesto della salute e del benessere, è fondamentale riconoscere l'importanza della collaborazione interdisciplinare. Ogni professionista della salute porta con sé specifiche competenze e conoscenze che si integrano tra loro. Il terapeuta occupazionale, ad esempio, non può operare autonomamente nell'ambito della sessualità, così come non può farlo l'urologo, la ginecologa, lo psicologo, il fisioterapista o il medico di famiglia. Ognuno di questi professionisti ha un ruolo distinto e competenze, alcune delle quali possono sovrapporsi, ma insieme possono collaborare per assicurare una cura completa del paziente [7].

1.7.1) Modelli di valutazione e d'intervento per la sfera della sessualità

Un aspetto vitale del processo di valutazione e intervento di terapia occupazionale è la creazione di obiettivi specifici, incentrati sul cliente, misurabili e focalizzati sull'occupazione. Tali obiettivi consentono ai professionisti della terapia occupazionale di misurare l'efficacia degli interventi correlati e identificare i cambiamenti rispetto alle competenze di base attesi come risultato di servizi qualificati [7].

I modelli di terapia occupazionale forniscono un quadro teorico e pratico che guida i professionisti nella creazione degli obiettivi con i loro clienti, facilitando la comprensione delle complessità legate alle occupazioni umane, ai contesti di vita e agli individui.

Diversi modelli possono risultare utili ai terapisti occupazionali nel trattare tematiche legate alla sessualità. Tra questi, si possono citare il modello PLISSIT, il modello OTSAF e il modello OPISI [7].

Il **modello PLISSIT**, schematizzato nella *Figura 2*, è frequentemente menzionato nella letteratura per l'utilizzo da parte degli operatori sanitari di diverse specialità, al fine di facilitare la discussione su questioni sessuali in contesti clinici. Questo modello comprende quattro livelli: Permission (Permesso), Limited Information (Informazioni Limitate), Specific Suggestions (Suggerimenti Specifici) e Intensive Therapy (Terapia Intensiva). Originariamente progettato per la consulenza e l'educazione sessuale, il modello PLISSIT aiuta a comprendere i diversi livelli di coinvolgimento nella sessualità e nell'intimità con i clienti, fungendo da guida su come richiedere il permesso ai clienti per affrontare preoccupazioni sessuali, fornire loro informazioni generali, offrire suggerimenti specifici e, se necessario, proporre terapia intensiva [7].

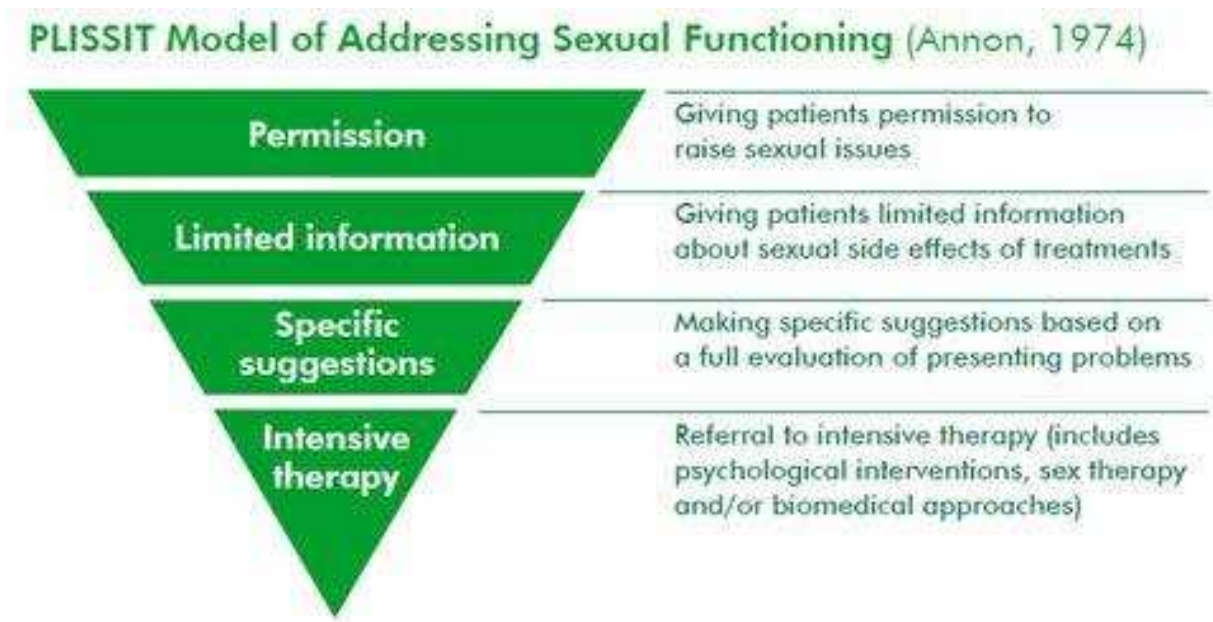


Figura 2: Il modello PLISSIT (Tratto da: Ellis, K., & Ungco, J. C. (Eds.) (2023). Sexuality and intimacy: An occupational therapy approach. AOTA Press)

Secondo il **modello OTSAF** (Occupational Therapy Sexual Assessment Framework o Quadro di Valutazione Sessuale della Terapia Occupazionale), schematizzato nella *Figura 3*, l'attività e l'espressione sessuale, nonché la salute sessuale e la pianificazione familiare, sono occupazioni di grande valore. Come tutte le occupazioni, la performance in questi ambiti è influenzata da vari fattori, tra cui le funzioni corporee, le strutture corporee, le abilità e i modelli di prestazione necessari per una partecipazione ottimale nel contesto del cliente. I principali fattori legati alla sessualità e all'intimità comprendono le funzioni corporee (come l'interesse e la risposta sessuale), le strutture corporee, nonché valori e credenze che includono la conoscenza sessuale e l'autopercezione sessuale [7].

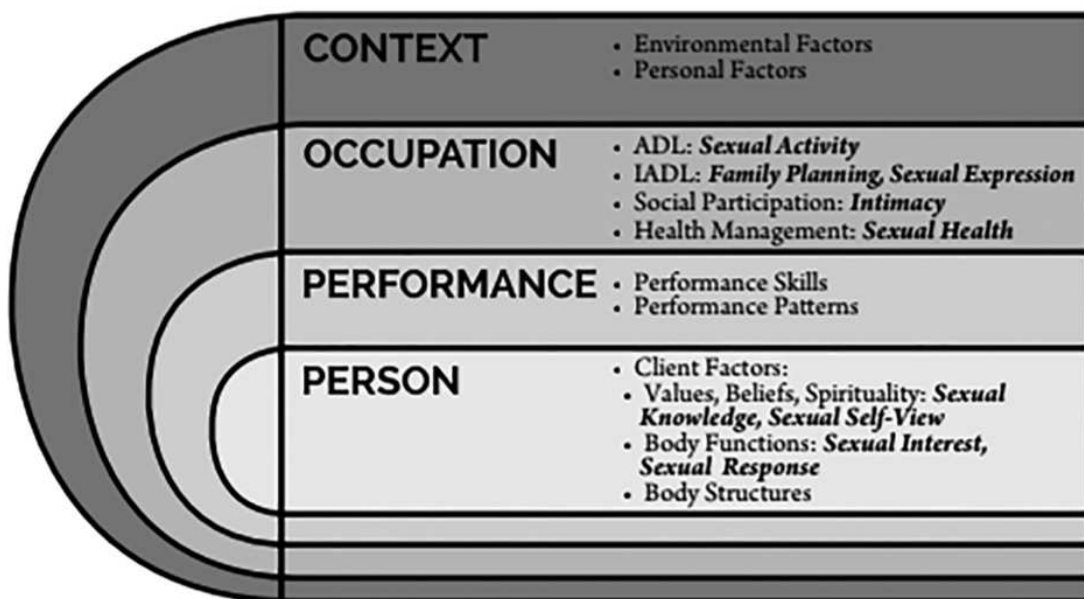


Figura 3: Il modello OTSAF (Tratto da: Ellis, K., & Ungco, J. C. (Eds.) (2023). Sexuality and intimacy: An occupational therapy approach. AOTA Press)

Il **modello OPISI** (Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy o Inventario delle Prestazioni Occupazionali della Sessualità e dell'Intimità) è un questionario sviluppato per esaminare, valutare e misurare in modo esaustivo le prestazioni relative alla complessità della sessualità e dell'intimità [7].

Ecco alcuni esempi di items che possono emergere dall'utilizzo del modello:

Riguardo all'attività sessuale [7]:

- Non sono sessualmente attivo e questo mi preoccupa
- Non sono soddisfatto della qualità della mia vita sessuale
- Provo disagio o dolore durante la penetrazione
- Ho difficoltà a posizionarmi adeguatamente durante le attività sessuali
- La mancanza di privacy interferisce con la mia capacità di impegnarmi in attività intime
- Ho difficoltà a vestirmi/spogliarmi o a spogliare il mio partner per l'attività sessuale

Fattore cliente di interesse sessuale [7]:

- L'energia limitata interferisce con il mio desiderio di partecipare ad attività sessuali

- Il mio interesse sessuale è basso a causa di una condizione di depressione
- Il controllo limitato dei movimenti interferisce con il mio desiderio sessuale

Fattore cliente della risposta sessuale [7]:

- Ho difficoltà a raggiungere l'eccitazione durante i preliminari
- I cambiamenti legati all'età interferiscono con la mia vita sessuale
- Temo che gli effetti collaterali dei farmaci possano influenzare la mia risposta sessuale

IADL dell'espressione sessuale [7]:

- Non mi sento a mio agio nell'esprimere la mia sessualità al mio partner
- Il mio caregiver è anche il mio partner, e questo complica la nostra intimità

Fattore cliente della visione di sé sessuale [7]:

- La bassa autostima sessuale incide sulla mia capacità di relazionarmi intimamente
- Mi preoccupa di non essere attraente per i miei partner

Occupazione dell'intimità [7]:

- Non riesco a discutere apertamente di sessualità con il mio partner
- Non mi sento a mio agio nel chiedere aiuto al mio partner durante attività intime come vestirsi, svestirsi, posizionare, applicare il preservativo, applicare la lubrificazione, ecc.
- La mia capacità di accedere agli ambienti fisici legati alla socializzazione (ristoranti, bar, caffetterie) limita la mia capacità di trovare un partner
- I miei sintomi rendono difficile soddisfare i desideri intimi del mio partner

Professione della salute sessuale [7]:

- Ho difficoltà a proteggermi da avance indesiderate
- Non so come comunicare le mie preoccupazioni sulla salute sessuale con il mio medico
- Non so come usare, dimentico di usare o ho limitazioni fisiche che mi impediscono di usare la contraccezione (inclusa la capacità di aprire la confezione) come intesa a prevenire la gravidanza o le infezioni trasmesse sessualmente

Le preoccupazioni emerse nel modello OPISI mettono in luce come la sessualità sia interconnessa a vari aspetti della vita e del funzionamento quotidiano, influenzando profondamente le relazioni interpersonali e l'autopercezione [7].

In conclusione, la sessualità è un elemento intrinsecamente connesso a tutti gli aspetti della terapia occupazionale, comprese le occupazioni, i contesti, i modelli di prestazione, le capacità di prestazione e i fattori individuali del cliente [7].

L'approccio alla sessualità nella terapia occupazionale richiede una considerazione attenta e multidimensionale, in modo da rispondere efficacemente alle esigenze dei clienti. I modelli PLISSIT, OTSAF e OPISI offrono strutture utili per valutare e intervenire in questo ambito, ognuno contribuendo con prospettive uniche e complementari [7].

2) EDUCAZIONE E FORMAZIONE SULLA SESSUALITÀ

2.1) Educazione e formazione sessuale

“Educare alla sessualità vuol dire imparare a capire i messaggi del nostro corpo e di quello dell'altro, vuol dire individuare le potenzialità della nostra sessualità, i confini ma anche gli orizzonti più vasti o diversi, superando i concetti di normalità che mal si adattano alle multiformi realtà fisiche e psicologiche degli individui. La sessualità è relazione, è contatto, è desiderio, è piacere e sofferenza, ma tutto questo passa attraverso il corpo e il suo vissuto.” (Loperfido, 1987)

L'educazione alla salute sessuale, conosciuta anche come educazione sessuale, implica la conoscenza di un ampio spettro di argomenti relativi al sesso e alla sessualità. Idealmente, questa educazione esplora i valori e le convinzioni individuali su tali argomenti. Essa è fondamentale per aiutare le persone a sviluppare le competenze necessarie per gestire le relazioni con se stessi, con i propri partner e con la comunità, nonché per prendersi cura della propria salute sessuale [10].

L'educazione sessuale può avvenire nelle scuole, a casa, in contesti comunitari o online.

Un approccio globale all'educazione sessuale promuove la salute sessuale tra i giovani riducendo i comportamenti sessuali a rischio. Sebbene l'accessibilità delle informazioni sulla salute sessuale per i giovani sia migliorata, soprattutto grazie ai social media e all'ondata di piattaforme online di educazione sessuale guidate da diversi educatori sessuali, esistono ancora sfide significative, come la disinformazione, gli stereotipi culturali e la mancanza di un supporto adeguato [10].

È stato dimostrato che un'educazione alla salute sessuale inclusiva, dettagliata e tempestiva nell'infanzia e nell'adolescenza riduce molti degli esiti potenzialmente negativi degli incontri sessuali tra adolescenti, come le malattie sessualmente trasmissibili, le gravidanze indesiderate e il sesso sotto l'influenza di droghe e alcol [7].

Proporre percorsi di educazione sessuale è fondamentale per aiutare i giovani a destreggiarsi nell'ambito superando imbarazzo e preoccupazioni profonde che minano certezze e il senso del sé [6]. La sessualità dall'altro canto “è un comportamento appreso che va coltivato sin da quando la persona è piccola” [A], aiutando a prendere consapevolezza della propria identità e ruolo di genere fino all'orientamento sessuale e alla capacità di stare con gli altri in modo adattativo, funzionale o affettivo [6].

Inoltre non può essere misconosciuta la propria "ideologia" riguardo alla sessualità; è possibile ritenere questa sfera come un ambito centrale o periferico nella propria esistenza, considerarne come elemento fondamentale la riproduzione, la comunicazione tra i partner o l'aspetto ludico, o tutte le cose insieme; tutto va bene purché si accetti la relatività di tale punto di vista. Ognuno ha il diritto di vedere le cose a modo suo, ma non di ritenere che quello sia l'unico modo giusto [11].

2.1.1) Educazione sessuale per le persone con disabilità

Gli sforzi ed i programmi psicoeducativi ed educativi offerti alle persone con disabilità intellettive ed evolutive si rendono necessari per supplire alla mancanza di dialogo educativo in famiglia e tra gli amici rispetto ai temi, ai pensieri, ai sentimenti ed alle esperienze di natura sessuale. Il processo educativo in questo campo dovrebbe cominciare nell'infanzia e proseguire nel corso di tutta la vita successiva, focalizzando l'apprendimento sui fattori in grado di promuovere il godimento come: l'autostima, le scelte, il consenso, l'acquisizione di informazioni, la reciprocità, l'autotutela, il piacere [11].

A livello educativo andrebbe evitata "l'infantilizzazione" o l'idea che la persona con disabilità sia "incompetente" per definizione, facendo educazione sessuale e parlando con le famiglie del tema. Andrebbe sostenuta l'autonomia personale, andrebbe valorizzata la cura di sé e insegnata la gestione delle relazioni anche affettive [6]. La sensibilizzazione sociale è pertanto fondamentale: non si tratta solo di una fondamentale "parità dei diritti", ma è necessario sostenere le famiglie e i professionisti sull'evidenza che la sessualità è una normale tappa nella vita di ciascuno [6].

I contenuti e le tematiche più rilevanti per quanto riguarda l'educazione sessuale delle persone con disabilità sono riportati nella *Tabella 1* rivolta ai professionisti sanitari che lavorano con le disabilità [11].

AREE TEMATICHE	ATTIVITÀ EDUCATIVE E DI SOSTEGNO ALLA SESSUALITÀ		
	INFANZIA	ADOLESCENZA	ETÀ ADULTA
Sessualità e sesso	Insegnare ai familiari e dagli operatori che la sessualità: esiste anche nei bambini con disabilità, si sviluppa nel tempo, include l'espressione fisica dell'amore, dell'affetto e dei desideri, si fonda sull'identità di genere, le amicizie, l'autostima e l'immagine corporea. Incoraggiare il bambino a fare domande ad un adulto di cui si fida. Insegnare al bambino nozioni di base rispetto alla salute, alla sicurezza, alla pulizia ed all'igiene. Ricordare al bambino che la masturbazione dovrebbe essere fatta in privato.	Chiedere all'adolescente quali sono le sue preoccupazioni riguardo al sesso e alla sessualità. Dare all'adolescente l'opportunità di discutere riguardo alla sicurezza dei rapporti sessuali e dalla contraccezione con una persona di sua fiducia, anche al di fuori dell'ambito familiare. Insegnare l'adolescente a: rifiutare un'esperienza sessuale non desiderata, rinviare le esperienze sessuali fino a che non ci si sente sicuri ed in grado di gestire la responsabilità.	Chiedere all'adulto quali preoccupazioni ha rispetto al sesso e dalla sessualità. Dare l'opportunità all'adulto di discutere di sesso sicuro e contraccezione con personale preparato.

Identificazione delle parti del corpo Cambiamenti corporei	Insegnare ai familiari ed agli operatori a: discutere le informazioni apprese a scuola, continuare ad insegnare il nome corretto delle parti del corpo con materiali appropriati, introdurre il tema dei cambiamenti del corpo della fase di sviluppo successiva, discutere circa le eventuali mestruazioni	Rinforzare nella conoscenza e nelle procedure dell'autoesame del seno e dei testicoli	Rinforzare il bisogno di esami di screening come il pap-test e l'ecografia pelvica e la procedura mensile di autoesame del seno e dei testicoli
Abuso sessuale	Chiedere al bambino se: è stato toccato in un modo spiacevole, è stato offeso o oggetto di atteggiamenti che gli hanno fatto male. Chiedere ai familiari se sono preoccupati. Rinforzare con il bambino: il concetto di persona estranea, il concetto di appartenenza del proprio corpo, il concetto di contatto buono/cattivo, il fatto che nessuno ha il diritto di toccarlo senza permesso.	Insegnare le strategie per evitare abusi e molestie sessuali e per denunciare tali abusi o tentativi di abuso. Rinforzare l'insegnamento relativo a comportamenti sessuali violenti ed il diritto di rifiutare il sesso indesiderato.	Insegnare le strategie per evitare abusi e molestie sessuali e per denunciare tali abusi o tentativi di abuso. Rinforzare l'insegnamento relativo a comportamenti sessuali violenti ed il diritto di rifiutare il sesso indesiderato.
Nascita	Insegnare i concetti base relativi alla nascita		
Relazioni	Dimostrare gli attributi di una relazione sana, amore, rispetto, comunicazione, amicizia, affetto	Chiedere all'adolescente se pratica attività sessuale ed insegnargli a gestire l'atteggiamento di pressione dei compagni e resistervi, l'importanza delle relazioni interpersonali e della comunicazione includendo la capacità di discutere e dialogare dei comportamenti sessuali.	Discutere con l'adulto: l'importanza delle relazioni interpersonali, l'importanza di comunicare in una relazione adulta comprendendo la capacità di discutere dei comportamenti sessuali all'interno della coppia, il controllo del proprio ciclo sessuale.

Autostima		<p>Insegnare all'adolescente che: i sentimenti diretti a noi stessi influenzano l'attività in cui ci impegniamo e che queste attività incidono, mantengono, migliorano o danneggiano la nostra salute.</p>	<p>Insegnare all'adulto che: i sentimenti diretti a noi stessi influenzano l'attività in cui ci impegniamo e che queste attività incidono, mantengono, migliorano o danneggiano la nostra salute. Con una buona autostima le persone hanno di solito relazioni migliori, le persone con bassa autostima possono essere generalmente influenzate dalle altre persone piuttosto che prendere le proprie decisioni.</p>
<p>Gravidanza Contracezione Aborto Malattie sessualmente trasmesse</p>	<p>Insegnare al bambino: le informazioni basilari relative alle malattie veneree, concetti relativi a come evitare il contatto con sangue ed altri fluidi corporei</p>	<p>Chiedere all'adolescente se: pratica attività sessuale, utilizza contraccettivi, è mai stata incinta, ha una malattia venerea, ha mai avuto rapporti sessuali con qualcuno affetto da malattie veneree. Discutere con l'adolescente in modo franco, aperto e non minaccioso: informazione sulla contraccezione, il sesso sicuro, la gravidanza, l'aborto e le malattie veneree, le cure basilari per allevare un bambino, la responsabilità di essere un genitore, le questioni che riguardano la pianificazione della nascita e la gestione della salute durante la gravidanza, informazioni sulle malattie trasmesse sessualmente</p>	<p>Chiedere all'adulto se: ha bisogno di praticare un sesso più sicuro, è in grado di negoziare con il proprio partner attività sessuali sicure, è in grado di pianificare una gravidanza, utilizza contraccettivi, è affetto da una malattia trasmessa sessualmente, ha mai avuto rapporti sessuali con una persona malata per una malattia trasmessa sessualmente, è consapevole dei rischi con partner diversi. Nel caso pianifichi una gravidanza discutere il bisogno di: sottoporsi ad una dieta bilanciata con cibi salutari, impegnarsi in attività fisica regolare, evitare tabacco, alcol e medicine non necessarie durante la gravidanza</p>

Intimità Matrimonio		Rinforzare i valori della famiglia, della cultura o dello spirito religioso di cui l'adolescente è parte ed aiutarlo a definire i propri valori	Rinforzare i valori della famiglia, della cultura, della società o dello spirito religioso di cui l'adulto è parte ed aiutarlo a consolidare i propri valori
------------------------	--	---	--

Tabella 1: Contenuti e tematiche rilevanti per l'educazione sessuale per persone con disabilità secondo "Sessualità, Disabilità e Disabilità Intellettiva tra Persona e Contesto - Luigi Croce"

Ogni prospettiva educativa e psicoeducativa a beneficio dell'esercizio della sessualità nell'area della disabilità richiede specifiche competenze dei professionisti coinvolti distinte in tali ambiti [11]:

- **Ambito delle conoscenze:** si riferisce a tutte le conoscenze e le informazioni sulla biologia, anatomia, patologia, psicologia, cultura, antropologia, sociologia della sessualità, che possono essere considerate sufficientemente sicure e scientifiche.
- **Ambito emozionale:** si tratta di un punto molto delicato, che riguarda la consapevolezza delle proprie emozioni a proposito della sessualità, delle sue componenti e delle pratiche relative; quindi coinvolge paure, tabù, inibizioni e problematiche emozionali varie.
- **Ambito degli atteggiamenti:** le reazioni emozionali dipendono in parte rilevante da ciò che una persona pensa, dai suoi schemi cognitivi, consapevoli o meno, che portano alla costruzione di insiemi di atteggiamenti che intervengono attivamente sia nella fase dell'interpretazione degli stimoli provenienti dall'esterno, sia in quella successiva di scelta e produzione della risposta a tutti i livelli e secondo tutti i canali comunicativi. Tali schemi derivano in gran parte dalla cultura sociale, sebbene non siano irrilevanti peculiari esperienze di vita e la storia del singolo individuo. Alcuni atteggiamenti dovrebbero essere affrontati in modo esplicito con i familiari e gli operatori, per esserne pienamente consapevoli nell'azione, nella relazione e negli effetti su vari ambiti nella sfera sessuale.

Ogni professionista nel settore della salute e del benessere svolge un ruolo cruciale nella comprensione e nel supporto delle diverse aree della sessualità. Ogni professionista, pertanto, apporta la propria competenza specifica per garantire un approccio olistico e integrato alle varie dimensioni della sessualità umana [11].

Per quanto riguarda le disabilità acquisite, molte persone si sentono insoddisfatte della qualità delle informazioni e del supporto ricevuto riguardo alla sessualità durante il percorso di riabilitazione. Spesso, le loro esigenze specifiche non vengono adeguatamente affrontate, lasciando i pazienti senza le risorse necessarie per esplorare e gestire la loro vita sessuale e relazionale in modo soddisfacente [17].

Agli operatori sanitari mancano le conoscenze, le competenze e il conforto che consentirebbero loro di affrontare adeguatamente le preoccupazioni sessuali e relazionali dei pazienti nella pratica [17]. L'educazione e la formazione sistematica sulla sessualità portano a cambiamenti statisticamente significativi nelle conoscenze, nelle abilità e nel comfort dei professionisti sanitari. Gli operatori

sanitari necessitano di formazione nel campo della sessualità, indipendentemente dalla loro disciplina [17].

Maximiliano Ulivieri nel suo libro “LoveAbility – L’assistenza sessuale per le persone con disabilità” suggerisce che i progetti sulla formazione specifica degli operatori, volontari, genitori, professionisti della salute devono riguardare almeno tre aree specifiche [13]:

- 1) Descrizione delle varie disabilità, inquadrando in modo esaustivo tutti quegli aspetti bio-psico-sociali che interagiscono nell'esperienza erotico-sessuale della persona disabile;
- 2) Il vissuto relazionale delle persone con disabilità, osservato in un continuum tra affettività e sessualità;
- 3) Il disabile e la sessualità, facendo leva sulle tematiche di educazione sesso-affettiva, la comunicazione, l'ascolto fino a toccare la figura dell'assistenza sessuale;

Inoltre, è essenziale personalizzare e adattare i programmi di formazione in base ai diversi contesti e alle specifiche esigenze degli ambiti in cui si opera [13].

2.2) Educazione e formazione sessuale ai terapeuti occupazionali

La maggior parte dei terapeuti occupazionali ritiene che la sessualità sia un'area legittima e importante di preoccupazione per la professione e considera gli utenti dei servizi come persone interessate alla sessualità [4].

La maggior parte dei TO, tuttavia, non si occupa di sessualità nella propria pratica clinica, e la mancanza di formazione è la ragione principale addotta, forse evidenziando l'inadeguatezza dei curricula formativi [4]. Molti di loro hanno condiviso le preoccupazioni relative alla delicatezza dell'argomento e hanno concordato sul fatto che i terapeuti occupazionali dovrebbero affrontarlo in modo delicato [4].

Dalla ricerca in letteratura, anche in altri paesi, sono emerse le spiegazioni in merito a cosa impedisce ai terapeuti occupazionali di considerare la dimensione occupazionale della sessualità nella loro pratica clinica:

- la percepita mancanza, da parte dei terapeuti occupazionali, di conoscenze e preparazione a riguardo [9]
- la percepita mancanza, da parte dei terapeuti occupazionali, di fiducia in sé stessi e competenza su come far emergere ed introdurre l'argomento della sessualità [9]
- la preoccupazione che i pazienti possano sentirsi in imbarazzo se l'argomento viene sollevato [8]
- la mancanza di supporto da parte dei contesti di pratica [8]
- il timore di essere screditati professionalmente o di rischiare di superare il proprio limite di competenza professionale [8, 9].

Data la grande rete di connessioni che l'attività sessuale può creare nella vita, si rende necessario che la sessualità faccia parte dell'esperienza lavorativa e di formazione universitaria del terapeuta occupazionale, per permettere una più ampia e più completa esperienza di questo aspetto della vita umana, in modo che possa assistere le persone nel vivere a pieno e con significato la propria vita [10].

I professionisti della terapia occupazionale sono nella posizione ideale per affrontare la sessualità e l'intimità nella pratica clinica, tuttavia le norme sociali, esacerbate dalla cultura professionale e dai curricula accademici, non hanno favorito i professionisti nel farlo [10].

Nessun terapeuta occupazionale ignora le difficoltà che un cliente può avere con l'uso del bagno, poiché è parte integrante del suo lavoro; tuttavia, lo stesso non si può dire riguardo all'espressione sessuale [12]. I terapisti, sebbene possano attingere anche dalla loro esperienza personale nel campo dell'alimentazione o dell'uso dei trasporti pubblici per facilitare il lavoro, l'esperienza personale non è sufficiente quando si tratta di affrontare l'espressione sessuale [12].

2.2.1) Informazioni sulla sessualità rilevanti per i terapisti occupazionali

I testi fondamentali, il modello di pratica, gli strumenti di valutazione e la letteratura professionale devono allinearsi con la convinzione che la sessualità sia un elemento centrale della professione [12]. Per mettere in pratica questa convinzione, il professionista ha bisogno di consapevolezza, conoscenze, abilità e supporto [12]. La consapevolezza deve includere la comprensione del significato della sessualità e delle sue dinamiche nel corso della vita, oltre alla sua importanza per la qualità della vita di ogni individuo. I terapeuti devono inoltre riconoscere le potenti forze emotive che influenzano l'espressione sessuale, tenendo conto dei valori religiosi, sociali e culturali. A differenza di altre attività della vita quotidiana, i terapisti necessitano di informazioni sulle disfunzioni sessuali associate a malattie e disabilità, oltre a una certa conoscenza delle strategie di intervento. È fondamentale anche comprendere il ruolo e le competenze degli altri professionisti e come accedere ai servizi specialistici. Una delle abilità più cruciali è la capacità di affrontare l'argomento con sensibilità, permettendo al cliente di esplorare eventuali problematiche, se lo desidera. Ciò richiede la capacità di sospendere il proprio giudizio morale, nonché la fluidità e la sicurezza nel trattare una vasta gamma di linguaggi [12].

Le autrici Kathryn Ellis e Joseph Christian Ungco affermano che se gli operatori di terapia occupazionale vogliono incorporare le occupazioni sessuali nella loro pratica, devono capire come i vari sintomi possano influenzare l'attività sessuale, dovrebbero considerare come il piacere motiva l'impegno sessuale e includere l'erotismo nel loro processo decisionale clinico [7].

Si rende inoltre necessario formare ogni professione rispetto al proprio ruolo all'interno di questa sfera, poiché essendo un'attività complessa richiede approcci differenti [2]. Per quanto riguarda la terapia occupazionale sarebbe interessante approfondire la parte di organizzazione dell'ambiente, di trasferimenti e abbigliamento, di utilizzo di prodotti (preservativi, lubrificanti, sex toys) e di adattamento o prescrizione di ausili utili. Questo, unito alle competenze di tutta l'équipe multiprofessionale, porterebbe davvero un cambiamento verso e per la persona [2].

In un recente studio condotto in Italia, che ha coinvolto diversi professionisti, tra cui un sottogruppo di terapisti occupazionali, sono emersi nuovi bisogni che questi ultimi devono affrontare per trattare adeguatamente il tema della sessualità con i propri clienti [9]. Lo studio, guidato da una terapeuta occupazionale in un centro di riabilitazione, mette in luce la necessità di un approccio più strutturato

e consapevole alla sessualità nel contesto riabilitativo. Dopo aver analizzato i dati raccolti, l'autrice trae le seguenti conclusioni [9]:

- Comprendere i ruoli e le limitazioni degli altri professionisti nella sfera della sessualità: è fondamentale che i terapeuti occupazionali conoscano il contesto in cui operano e le competenze degli altri membri del team.
- Introduzione dell'argomento: è importante sapere come introdurre il tema della sessualità e facilitare l'inizio delle discussioni con i pazienti, rendendo queste conversazioni meno imbarazzanti e più naturali.
- Consapevolezza delle conseguenze delle diagnosi e dei farmaci sulla sessualità: i terapeuti devono essere in grado di spiegare ai pazienti che è comune osservare effetti sulla sessualità in seguito a diagnosi specifiche o all'assunzione di farmaci.
- Conoscenza degli strumenti di valutazione e intervento: è essenziale che i terapeuti siano consapevoli dell'esistenza di strumenti per valutare e intervenire nella sfera della sessualità, al fine di facilitare il processo riabilitativo dei pazienti.
- Miglioramento delle comunicazioni interne: è necessario sistematizzare le comunicazioni all'interno del team multiprofessionale riguardo alla sessualità dei pazienti, per garantire un approccio coeso e ben coordinato.
- Accesso a risorse di sessuologia: i terapeuti dovrebbero avere accesso a risorse specialistiche e possibilità di consultare esperti in sessuologia, quando necessario.
- Sostegno per la comunità LGBT+: è importante fornire risorse specifiche per i pazienti appartenenti alla comunità "lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e altro" (LGBT+), per garantire un supporto adeguato e inclusivo.
- Riabilitazione del pavimento pelvico: sul piano pratico, è indispensabile poter proporre interventi mirati alla riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti che soffrono di dolore perineale.
- Competenze nelle modalità d'intervento: è essenziale acquisire competenze rispetto a diverse modalità d'intervento, come il posizionamento, la conservazione dell'energia, la pianificazione, la semplificazione del compito e la gestione del dolore, per migliorare la qualità della vita sessuale dei pazienti.

Nella pubblicazione scientifica "Integration of Sexuality Content into an Occupational Therapy Curriculum" ("Integrazione dei contenuti sulla sessualità in un curriculum di terapia occupazionale"), gli autori Brittany Larson e Sarah Stutz descrivono un progetto accademico che ha prodotto una serie di piani di lezioni da integrare nel curriculum di un programma di terapia occupazionale nel Midwest degli Stati Uniti. Questi piani di lezione, sette in totale, comprendono una varietà di attività didattiche, letture e attività interattive, progettate per migliorare l'esposizione, il comfort e la competenza degli studenti nella discussione di temi legati alla sessualità e al funzionamento sessuale, sia durante il tirocinio che nella loro futura carriera professionale, con una durata di almeno due ore per lezione. L'obiettivo principale di queste attività educative è fornire agli studenti una migliore comprensione di come malattie o lesioni possano influenzare il funzionamento sessuale. Gli studenti possono così imparare ad identificare modi appropriati per affrontare questioni sessuali con i clienti, esplorare strategie e interventi specifici, e trattare temi legati all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Inoltre, le attività didattiche mirano a far

sentire gli studenti più a loro agio con la propria sessualità, facilitando così una comunicazione più aperta e confortevole con i clienti su questi argomenti [10].

Dalla ricerca precedente è emerso che un maggiore approfondimento sulla sessualità e piani di lezioni innovativi sul tema sarebbero utili quando si affrontano i seguenti argomenti:

- Neuroscienze (parlando dello sviluppo sessuale attraverso il ciclo della vita)
- Sviluppo professionale personale (spiegazione del concetto di sessualità, introduzione all'orientamento sessuale, riflessione personale sulla propria identità)
- Aspetti psicosociali del TO con bambini, adolescenti e giovani adulti (educazione sessuale per giovani con difficoltà fisiche, emotive e mentali, lo sviluppo positivo dei giovani come strategia per promuovere la salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, violenza sessuale)
- Competenza multiculturale in TO (come la cultura ed i valori influiscono nel percorso terapeutico della persona)
- Aspetti fisici del TO con l'adulto in età matura (comprendere l'impatto di malattie o lesioni fisiche sulla sessualità e sul funzionamento sessuale, sviluppare un livello di comfort con l'uso di attrezzature sessuali adattive e posizionamento sessuale adattivo per diagnosi e/o menomazioni specifiche)
- Terapia occupazionale nell'età geriatrica (affrontare i cambiamenti fisici, cognitivi e psicosociali che possono verificarsi con l'invecchiamento e che possono interferire con la sessualità)
- Aspetti psicosociali del TO con l'adulto in fase di maturazione (autostima, limiti, autodivulgazione, comprendere l'impatto che la malattia mentale ha sul funzionamento sessuale e sulle relazioni tra i partner) [10].

I terapeuti devono essere consapevoli dei problemi sessuali che possono sorgere per i pazienti e lavorare sui loro sentimenti e atteggiamenti personali nei confronti di questi problemi. Sebbene i terapeuti possano acquisire questa autoconsapevolezza e maturità attraverso l'esperienza personale o di vita, il processo per acquisire questa consapevolezza e l'impegno per lo sviluppo personale dovrebbe iniziare durante la formazione universitaria [18].

Tuttavia, i partecipanti della seguente ricerca, "Bringing sexuality out of the closet: What can we learn from occupational therapists who successfully address the area of sexuality in everyday practice?", hanno evidenziato l'importanza di non dover avere tutte le risposte quando affrontano la tematica della sessualità con il paziente, ma piuttosto occorre sentirsi sufficientemente a proprio agio ed essere in grado di cercare risposte o rinvii appropriati. Tutti i partecipanti hanno convenuto che queste abilità si sviluppano attraverso l'esperienza e la pratica. Sebbene non sia stata considerata fondamentale una formazione specifica in sessualità, è emerso che i terapeuti occupazionali devono essere auto-motivati e orientati al successo. L'impegno nell'autoformazione, come la ricerca di risorse online e opportunità di sviluppo professionale, è stato visto come essenziale, soprattutto per coloro a cui non vengono offerte possibilità di formazione formale nel loro ruolo. La pratica e la fiducia sono state ritenute più rilevanti di una conoscenza tecnica approfondita in materia di sessualità. I partecipanti hanno evidenziato che la sessualità è una componente centrale del ruolo della terapia occupazionale, sottolineando che, finché comprendiamo i nostri confini personali e professionali e cerchiamo supporto e supervisione adeguati, dovremmo abbracciare i bisogni identificati dei nostri clienti e "semplicemente farlo" [19].

3) INDAGINE SULLA FORMAZIONE SESSUALE NELLE UNIVERSITÀ DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

3.1) Indagine sulla formazione sessuale nelle università di terapia occupazionale in Italia

Nel loro studio, “*Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link*”, gli autori Dikaios Sakellariou e Salvador Simó Algado hanno condotto una review su 12 studi internazionali, giungendo alla conclusione che la maggior parte dei terapisti occupazionali tende a non includere il tema della sessualità nella propria pratica clinica e la mancanza di formazione è la ragione principale, forse evidenziando l'inadeguatezza dei curricula formativi [4].

Per acquisire fiducia e competenza, è essenziale che la sessualità e il funzionamento sessuale siano parte integrante dell'istruzione e della formazione continua [12].

Nell'ambito del presente studio, è stata quindi condotta una ricerca per verificare se nell'elenco dei titoli delle materie di insegnamento ufficiali di ogni corso di laurea in Italia ci fosse un riferimento o un argomento affine alla sessualità.

Alla data di settembre 2024, i corsi di laurea triennali in terapia occupazionale in Italia sono i seguenti [vedi sitografia: B, C, D, E, F, G, H, I]:

- Bolzano: Università Cattolica del Sacro Cuore
- Moncrivello: Università Cattolica del Sacro Cuore
- Milano: Università degli Studi di Milano
- Modena e Reggio Emilia: Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
- Conegliano: Università degli Studi di Padova
- Pavia: Università degli Studi di Pavia
- Roma: Università degli Studi di Roma “La Sapienza”
- Chieti: Università degli Studi G. “D’Annunzio” Chieti-Pescara
- Catania: Università di Catania, sede Troina (EN)

Sono quindi presenti 9 corsi di laurea su 59 milioni di abitanti.

Analizzando il Syllabus di ogni corso, non è emersa alcuna materia di insegnamento ufficiale, compresi i corsi opzionali, che nel proprio titolo contenga le parole sessualità, sesso, intimità o affettività.

La ricerca conferma che nelle università di terapia occupazionale il tema della sessualità non è incluso nel titolo delle varie materie. Anche qualora venisse trattato in qualche modo, l'assenza di riferimenti specifici al tema evidenzia la scarsa importanza che gli viene attribuita [4, 18]. Inoltre, dalla ricerca condotta in letteratura in Aprile-Maggio 2024 nei seguenti motori di ricerca Pubmed, Galileo Discovery, Google Scholar, OTseeker, AOTA, non ci sono articoli pubblicati su riviste scientifiche che affrontino il tema della formazione in sessualità per i TO in Italia.

Il Disegno di Legge sulle “Disposizioni in materia di sessualità assistita per persone con disabilità” è stato depositato in Italia nell'aprile del 2014. Questo disegno di legge mirava a riconoscere il diritto all'affettività e alla sessualità per le persone con disabilità, introducendo figure professionali come gli “assistenti sessuali”, già presenti in alcuni paesi europei.

Il progetto è stato proposto dall'Onorevole Mauro Claudi, deputato del partito Movimento 5 Stelle. Il testo è stato presentato in Parlamento, ma non ha mai completato l'iter legislativo per diventare legge [6]. Tuttavia, non essendo mai stato approvato, non ha avuto un impatto concreto, lasciando l'Italia tra i Paesi europei meno avanzati su questo tema. In attesa di una legge nazionale, alcune istituzioni locali stanno promuovendo corsi di formazione per operatori, focalizzati su emotività, sessualità e affettività, con l'obiettivo di sensibilizzare e preparare professionisti in grado di sostenere le persone con disabilità nel vivere pienamente la loro affettività e sessualità [6]. La promulgazione della legge "Disposizioni in materia di sessualità assistita per persone con disabilità" sarebbe fondamentale per vari motivi [vedi sitografia: J]:

- Riconoscimento dei diritti: sancisce il diritto delle persone con disabilità a vivere la propria sessualità e affettività in modo dignitoso e senza discriminazioni.
- Accesso ai servizi: fornisce un quadro giuridico per l'accesso a servizi di sessualità assistita, garantendo supporto nelle relazioni affettive e sessuali.
- Sicurezza e informazione: assicura accesso a informazioni adeguate e pratiche sicure, prevenendo abusi e malintesi.
- Formazione degli operatori: incentiva la formazione di professionisti per offrire un'assistenza competente alle necessità specifiche delle persone con disabilità.
- Inclusione sociale: favorisce l'inclusione delle persone con disabilità nella società, abbattendo stigma e riconoscendo il diritto a relazioni affettive appaganti.
- Qualità della vita: migliora la qualità della vita delle persone con disabilità, contribuendo al loro benessere psicologico e alla loro autostima.

Sarebbe importante che venisse discussa e approvata una legge a tutela del diritto alla sessualità, riconoscendo l'attività sessuale come una dimensione fondamentale che merita la stessa attenzione riservata a qualsiasi altro aspetto della vita quotidiana per le persone con disabilità [6]. Sebbene il curriculum di terapia occupazionale comprenda studi di psicologia, sociologia, medicina e psichiatria, queste discipline, da sole, non forniscono una formazione approfondita e specifica sulla sessualità e il comportamento sessuale. Anche se l'espressione sessuale potrebbe trovare spazio nell'insegnamento di competenze come la valutazione, la risoluzione dei problemi, la consulenza di base e il supporto, Couldrick sostiene che sarebbe necessario un insegnamento esplicito e mirato. Una formazione che consideri la sessualità come parte normale della pratica professionale permetterebbe di integrarla in modo logico e di ridurre l'ansia legata alla percezione di incompetenza professionale su questi aspetti [12].

3.2) Somiglianze e differenze con alcune realtà estere

Nonostante si affermi che gli operatori sanitari abbiano la responsabilità professionale di rispondere ai bisogni di salute sessuale dei pazienti, la ricerca condotta da Higgins, Sharek, Nolan, Sheerin, Flanagan, Slaicuinaite, McDonnell e Walsh (2012) ha rivelato che gli operatori di ogni Paese e disciplina, indipendentemente dalla nazionalità o dal tipo di pazienti, sono spesso riluttanti a integrare la sessualità nell'assistenza. Questo studio, che includeva una valutazione con metodologia mista di un programma interdisciplinare di educazione alla sessualità per il personale che lavora con persone con disabilità fisiche acquisite, ha individuato diverse ragioni alla base di tale riluttanza: mancanza di competenze specifiche, carenza di conoscenze adeguate, scarsità di

tempo, paura di causare offesa, ansia o imbarazzo, e la percezione che i pazienti siano troppo malati o non inclini a discutere di questioni sessuali [17].

Compatibilmente con i tempi e le modalità opportune per questa ricerca, sono stati scelti due stati europei come campione: Spagna e Germania. Questi paesi sono stati selezionati per diversi motivi significativi. Innanzitutto, rappresentano un esempio di diversità culturale all'interno dell'Europa: la Spagna, come paese del sud, e la Germania, situata nel cuore dell'Europa, offrono prospettive uniche sulla formazione in terapia occupazionale. La Spagna e la Germania presentano realtà culturali vicine all'Italia per motivi diversi; la Spagna condivide con l'Italia una radice culturale latino-mediterranea, mentre la Germania è un Paese di fondamentale importanza sul piano politico ed economico in Europa, contribuendo a un dialogo interculturale che può arricchire la nostra analisi. L'obiettivo è verificare se nell'elenco delle lezioni di ogni corso di laurea in terapia occupazionale vi sia un riferimento o un argomento affine alla sessualità e confrontarli con l'Italia.

È stata quindi condotta una ricerca per verificare se nell'elenco delle lezioni di ogni corso di laurea in terapia occupazionale in Spagna ci fosse un riferimento o un argomento affine alla sessualità.

I corsi di laurea triennali in terapia occupazionale in Spagna sono i seguenti [vedi sitografia: K]:

- Madrid: La Salle Centro Universitario
- Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Madrid: Universidad Francisco de Vitoria
- Madrid: Universidad Rey Juan Carlos
- Valencia: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
- Granada: Universidad de Granada
- Cáceres: Universidad de Extremadura
- Málaga: Universidad de Málaga
- Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche
- A Coruña: Universidade da Coruña
- Salamanca: Universidad de Salamanca
- Barcelona: Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya
- Barcelona: EUIT - Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa
- Toledo: Universidad de Castilla - La Mancha
- Zaragoza: Universidad de Zaragoza
- Burgos: Universidad de Burgos
- Asturias: Facultad Padre Ossó
- Murcia: Universidad de Murcia
- Murcia: Universidad Católica de Murcia
- Valladolid: Universidad Europea Miguel de Cervantes
- Las Palmas: Universidade Fernando Pessoa Canarias

Sono quindi presenti 21 corsi di laurea su 48 milioni di abitanti.

Prendendo come campione le università di Madrid, Barcellona e Valencia ed analizzando il Syllabus di ogni corso, non è emersa alcuna materia di insegnamento ufficiale che nel proprio titolo contenga le parole sessualità, sesso, intimità o affettività.

È stata poi condotta la stessa ricerca per quanto riguarda la Germania.

I corsi di laurea triennali in terapia occupazionale in Germania sono situati a [vedi sitografia: L, M]:

- Aschaffenburg (in Baviera): Universität Aschaffenburg
- Augsburg (in Baviera): Universität Augsburg
- Freiburg (in Brisgovia): Universität Freiburg
- Mannheim: Schule für Ergotherapie Mannheim, Universität Mannheim
- Munich (o München): Berufsfachschule für Ergotherapie München
- Isola di Reichenau (o Reichenau/Konstanz): Medizinische Akademie Schule für ergotherapie Reichenau
- Rostock: Medizinische Akademie Rostock
- Stoccarda (o Stuttgart): Medizinische Akademie Stuttgart
- Colonia (o Köln): Universität Köln
- Idstein: Universität Idstein
- Düsseldorf: Medizinische Akademie Schule für Ergotherapie Düsseldorf
- Amburgo (o Hamburg): Schule für Ergotherapie Hamburg, Universität Hamburg
- Leipzig: Universität Leipzig
- Hannover: Universität Hannover
- Dortmund: Universität Dortmund
- Emden: Universität Emden
- Lubeca (o Lübeck): Universität zu Lübeck
- Heidelberg: Universität Heidelberg
- Treviri (o Trier): Universität Trier
- Rheine: Universität Rheine
- Erfurt: Universität Erfurt
- Jena: Universität Jena
- Bamberg (o Bamberg): Universität Bamberg
- Waldshut-Tiengen: Universität Waldshut-Tiengen
- Bochum: Universität Bochum
- Osnabrück: Universität Osnabrück
- Hildesheim: Universität Hildesheim
- Berlino (o Berlin): Sigmund Freud Universität Berlin
- Riedlingen: Universität Riedlingen

Sono quindi presenti 28 corsi di laurea su 84 milioni di abitanti.

Prendendo come campione le università di Munich, Berlino e Amburgo ed analizzando il Syllabus di ogni corso, non è emersa una materia di insegnamento ufficiale che nel proprio titolo contenga le parole sessualità, sesso, intimità o affettività.

A differenza di quanto avviene in Italia, in Germania, Olanda, Danimarca, Austria e Svizzera si prevede l'assistenza sessuale alle persone con disabilità attraverso operatori professionali qualificati, formati adeguatamente attraverso corsi di formazione ad hoc [13].

Per quanto riguarda gli Stati Uniti, una ricerca condotta nel 2014 in North Dakota ha messo in evidenza che, nelle università che offrono corsi di terapia occupazionale, vengono dedicate in media tre ore e mezza di lezione al tema del funzionamento sessuale [10]. Tuttavia, l'argomento viene

affrontato principalmente in maniera teorica senza un'adeguata integrazione di esempi pratici e applicazioni reali nel contesto professionale [10]. Inoltre, uno studio condotto presso il corso di laurea di terapia occupazionale della Tufts University (Boston, Stati Uniti) evidenzia il divario tra la necessità di trattare i problemi di sessualità dei clienti in clinica e la mancanza di una formazione formale in quest'ambito [20]. A questo proposito, è stato introdotto un modulo sulla sessualità e la disabilità come parte del corso avanzato di teoria e pratica della terapia occupazionale, rivolto sia a studenti laureati che a quelli non laureati.

Il modulo, sviluppato e condotto da Stanley H. Ducharme presso la Tufts University, consisteva in due sessioni per un totale di sei ore di formazione, durante le quali venivano trattati temi come l'anatomia, la confidenza nella discussione, lo sviluppo e i comportamenti sessuali, le strategie di consulenza, il ciclo di risposta sessuale, la sessualità e la disabilità e il controllo neurologico. Per valutare l'efficacia del modulo, Ducharme ha eseguito un'analisi post-corso che ha coinvolto tutti gli studenti partecipanti, raccogliendo dati sul loro grado di soddisfazione e sulla rilevanza percepita del modulo rispetto al programma accademico. Dai risultati emerge che il 100% degli studenti ha ritenuto il modulo pertinente al proprio percorso di studi e ha dichiarato di aver utilizzato le informazioni e le competenze acquisite durante le esperienze di lavoro sul campo. Questi risultati suggeriscono che un modulo specifico sulla sessualità e la disabilità può rappresentare un valido supporto per la formazione pratica in terapia occupazionale [20].

3.3) Corsi non curricolari specifici sulla sessualità

Per acquisire fiducia e competenza, è essenziale che la sessualità e il funzionamento sessuale siano parte integrante dell'istruzione e della formazione continua [12].

In Italia alcune istituzioni locali stanno promuovendo corsi di formazione per operatori all'emotività, alla sessualità e all'affettività [6].

Vista la richiesta di aiuto, e soprattutto la tendenza a non avere un'adeguata formazione in merito alla sessualità e all'affettività nella disabilità, gli operatori sociali, i professionisti della salute, i volontari ed i genitori possono accedere a forme di crescita personale diverse, che permettano l'acquisizione di un linguaggio unico necessario al dialogo tra tutte le persone che lavorano, vivono e si relazionano con la disabilità. A tale riguardo il comitato *LoveGiver* a partire dal mese di Aprile 2014 ha istituito l'Osservatorio Nazionale sull'Assistenza Sessuale, un organo interno all'associazione che, per mezzo di alcuni attivisti, promuove un dialogo costante e funzionale in materia di sessualità e disabilità [13].

A partire dal 2022, l'Associazione Italiana di Terapia Occupazionale (AITO) ha iniziato a promuovere la diffusione del tema della sessualità in terapia occupazionale, organizzando una serie di webinar gratuiti rivolti ai soci, allo scopo di sensibilizzare e fornire strumenti utili agli operatori del settore. Gli incontri si svolgono in modalità online, permettendo un'ampia partecipazione da tutto il territorio nazionale. Di seguito, alcuni dei webinar proposti:

- “Benessere sessuale nella disabilità neuromotoria: tra consapevolezza e adattamenti” – gennaio 2022
- “Benessere sessuale e sessualità consapevole: proposte per persone con disabilità neuromotoria” – maggio 2022

- “Sessualità ai margini: storia e rappresentazione dei mass media” – ottobre 2022
- “Affettività e sessualità nelle neurodivergenze, incontro congiunto per operatori e famiglie” – febbraio 2023
- “Positive vibes: sessualità e disabilità in gioco per il benessere di tutt*” – giugno 2023

Inoltre, nel novembre 2023 si è tenuto a Brescia un corso di formazione specifica ECM dedicato alla sessualità e disabilità nella terapia occupazionale, al quale hanno partecipato anche alcune associazioni italiane emergenti che lavorano attivamente su questi temi. Tra queste, l'Associazione di volontariato “Vieni al punto!”, che si occupa di sensibilizzazione e supporto per facilitare l'accesso delle persone con disabilità a una sessualità consapevole e soddisfacente, offrendo percorsi di accompagnamento e consulenza personalizzata. L'Associazione di volontariato “Piacere per tutti” si dedica invece alla promozione dell'inclusività nella sfera intima e affettiva, organizzando workshop, gruppi di supporto e incontri educativi per persone con disabilità e per i loro caregiver. Queste associazioni, presenti al corso, hanno contribuito alla formazione portando la loro esperienza diretta sul campo e promuovendo iniziative mirate all'affettività e alla sessualità inclusiva [vedi sitografia: N].

È fondamentale tenere in considerazione anche la formazione post-lauream, soprattutto per chi lavora con persone con disabilità fisiche o di apprendimento [12]. Tra i percorsi formativi disponibili, spicca il corso offerto dall'AISPA (Associazione Italiana Sessuologia e Psicologia Applicata), con sedi a Venezia-Mestre e Milano. Questo corso consente ai partecipanti di diventare consulenti o educatori sessuali, ed è aperto a terapisti occupazionali e ad altri professionisti del settore sanitario.

Tuttavia, una significativa carenza emerge anche nei corsi post-lauream specificamente dedicati all'approfondimento delle questioni relative alla sessualità nel campo della terapia occupazionale. Una ricerca condotta nel Regno Unito ha indagato questo aspetto attraverso sondaggi e interviste a professionisti della terapia occupazionale, evidenziando come la maggior parte degli intervistati ritenga insufficiente la formazione ricevuta su questi temi e manifesti il desiderio di approfondire la sessualità in ambito clinico [12]. Sebbene queste conclusioni si riferiscano a un contesto britannico, potrebbero suggerire tendenze simili anche in altri paesi, inclusa l'Italia, dove la formazione su tali tematiche potrebbe necessitare di un maggiore sviluppo.

4) QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AI TERAPEISTI OCCUPAZIONALI PER ESPLORARE LA FORMAZIONE SESSUALE

4.1) Creazione del questionario

L'aspetto principale emerso dalla ricerca bibliografica è che la maggior parte dei terapisti occupazionali non affronta la sessualità nella propria pratica clinica, attribuendo la causa principale alla mancanza di formazione [4].

Sulla base delle informazioni raccolte dalla letteratura e dalla ricerca, è stato deciso di sviluppare un questionario anonimo destinato ai terapisti occupazionali in possesso del titolo abilitante alla professione. L'obiettivo è esplorare in profondità la tematica della sessualità dal punto di vista del

terapista occupazionale, analizzando la formazione e l'educazione ricevuta e come queste influenzino la pratica professionale. Inoltre, il questionario mira a comprendere quali aspetti i terapeuti considerano fondamentali e che richiedono un ulteriore approfondimento a livello universitario.

Dopo aver valutato diversi strumenti per la creazione di questionari online, tra cui SurveyMonkey, Typeform, Microsoft Forms e Google Moduli, è stato scelto quest'ultimo per motivi di praticità e funzionalità. La selezione è avvenuta considerando criteri quali facilità d'uso, accessibilità, possibilità di condivisione, personalizzazione e capacità di esportare e analizzare i dati raccolti. Google Moduli si è rivelato lo strumento più pratico grazie alla semplicità di utilizzo, la disponibilità gratuita e la facilità di accesso e condivisione tramite link. La piattaforma consente una personalizzazione di base dei questionari e fornisce opzioni di esportazione dei dati su Google Sheets, facilitando l'analisi immediata dei risultati.

La scelta degli item del questionario è stata eseguita sulla base della ricerca in letteratura, tenendo in considerazione gli aspetti ritenuti rilevanti al perseguimento degli obiettivi prefissati.

I terapeuti sono stati informati sull'obiettivo del questionario e sul fatto che i dati raccolti sarebbero stati mantenuti in forma anonimizzata. Inizialmente, è stato richiesto il consenso per la partecipazione e il trattamento dei dati personali. Successivamente, sono state raccolte informazioni riguardanti le caratteristiche demografiche e professionali del terapeuta: fascia di età, identità di genere, sesso biologico, anni di esperienza lavorativa come terapeuta occupazionale, fascia d'età di cui si occupano e ambiti di lavoro.

Nella *Tabella 2* sono riportate le fonti bibliografiche che hanno guidato la costruzione degli items del questionario. La scelta delle fonti è stata mirata, privilegiando studi che offrissero contributi specifici e rilevanti sul tema dell'educazione sessuale per i professionisti sanitari.

In particolare, sono stati selezionati studi con metodologie empiriche, come interviste, sondaggi e focus group, poiché queste fonti permettono di cogliere in modo diretto i bisogni formativi e le esperienze vissute dai professionisti della salute. Alcune di queste fonti raccolgono prospettive sia da parte dei pazienti che degli operatori sanitari, fornendo così una visione bilanciata che integra le esigenze di entrambe le parti.

Parallelamente, sono state scelte fonti teoriche rilevanti che forniscono una solida base concettuale sull'educazione sessuale, definendo principi pedagogici e competenze fondamentali per i professionisti. Le fonti bibliografiche selezionate non solo hanno apportato contenuti e prospettive utili, ma hanno anche orientato l'intera struttura del questionario. Gli items sono stati formulati per coprire sia gli aspetti pratici che quelli teorici dell'educazione sessuale in ambito sanitario, garantendo così uno strumento completo e in linea con le esigenze formative dei professionisti.

Items del questionario	Fonti bibliografiche
Hai mai ricevuto una formazione sessuale specifica per la professione? Se sì, quando?	[12]
Se hai risposto "Sì" alla domanda precedente, da 1 a 5 quanto ti è stata utile la formazione sessuale specifica per la professione?	[12]

Items del questionario	Fonti bibliografiche
Che tu l'abbia ricevuta o no, da 1 a 5 quanto pensi sia utile la formazione sessuale specifica per la professione?	Costruita ad hoc
Hai mai ricevuto un'educazione sessuale non specifica per la professione? Se si, quando?	[12]
Se hai risposto "Si" alla domanda precedente, da 1 a 5 quanto ti è stata utile l'educazione sessuale non specifica per la professione?	[12]
Che tu l'abbia ricevuta o no, da 1 a 5 quanto pensi sia utile l'educazione sessuale non specifica per la professione?	Costruita ad hoc
Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?	[4]
Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti?	[8]
Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti a tuo agio rispetto al paziente nel trattare il tema della sessualità?	[8]
Da 1 a 5 quanto senti o hai mai sentito il bisogno di formarti/formarti ulteriormente in quest'area?	[4]
Da 1 a 5 quanto ritieni sia importante affrontare il tema della sessualità nella formazione universitaria dei terapisti occupazionali?	Costruita ad hoc
Da 1 a 5 quanto ritieni che questo tema sia importante da trattare nel corso di laurea per la formazione dei terapisti occupazionali?	
“Affettività e intimità della persona con disabilità”	[15, 10]
“Diritti sessuali e disabilità”	[17, 15]
“La sessualità nell'età dello sviluppo”	[15, 10]
“Invecchiamento fisiologico e sessualità”	[17, 10]
“Farmaci prescritti e sessualità”	[17]
“Sintomi che una determinata malattia provoca a livello sessuale (es. ictus e sessualità, sclerosi multipla e sessualità, lesioni del midollo e sessualità, deficit cognitivo e sessualità, malattia mentale e sessualità, disturbi sensoriali..)”	[17, 15, 10]
“Come gestire i comportamenti sessuali inappropriati, abilità di interazione sociale e regolazione emotiva (es rapporto dal paziente frontale con il professionista, gestione dell'uso del telefono come messaggi e like, scene in pubblico come abbassare i pantaloni..)”	[17]

Items del questionario	Fonti bibliografiche
“Contracezione maschile e femminile”	[17]
“Concepimento, gravidanza, genitorialità, pianificazione familiare e separazione familiare”	[17, 7]
“Sessualità LGBTQ+”	[17, 9, 7]
“Questioni etiche e sessualità (diverse religioni, culture, valori, credenze, pregiudizi..)”	[17, 10, 7]
“Abuso sessuale e violenza sessuale, partecipazione e consenso sicuri, autodifesa”	[15, 10, 7]
“Disfunzioni, parafilie e devianze sessuali”	[17, 1]
“Ausili per la sessualità (sex toys, lubrificanti, abbigliamento adattato..)”	[17, 2]
“Comunicazione su questioni sessuali con il caregiver del paziente (sia tra paziente e caregiver sia tra terapeuta e caregiver)”	[17]
“Conoscenza delle parti del corpo, conoscenza delle zone erogene, conoscenza delle diverse pratiche sessuali”	[15, 10]
“Strategie/strumenti di valutazione e di intervento di terapia occupazionale nella sfera della sessualità (posizionamento ed ergonomia, conservazione dell'energia, gestione del dolore, organizzazione dell'ambiente..)”	[15, 9, 2, 10, 7]
“Come introdurre l'argomento e trattare in modo confidenziale l'argomento tra terapeuta e utente”	[9, 7]
“Linee guida per comprendere i ruoli e le responsabilità di ciascuna professione rispetto alla sessualità”	[9, 2, 7]
Da 1 a 5 quanto è significativa nella tua vita la sessualità?	Costruita ad hoc

Tabella 2: Items del questionario e rispettive fonti bibliografiche

Al termine del questionario è stata lasciata una domanda dedicata ad eventuali ulteriori note aggiuntive, ritenute rilevanti dai professionisti.

4.2) Somministrazione del questionario ai terapisti occupazionali

Al fine di ottenere una selezione mirata dei partecipanti, il criterio di inclusione per questo studio ha previsto che i candidati fossero terapisti occupazionali con titolo abilitante alla professione.

La distribuzione del questionario è avvenuta tramite email, coinvolgendo due canali principali: l'Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali (AITO) e gli albi professionali delle diverse regioni. In particolare, è stata inviata una comunicazione ufficiale all'AITO, spiegando in modo

approfondito il significato e gli obiettivi dello studio, sottolineando l'importanza della loro collaborazione per ottenere una rappresentatività adeguata della categoria professionale. È stato richiesto specificamente all'AITO di collaborare attivamente, facilitando la diffusione del link al questionario tra i propri soci. Analogamente, gli albi regionali dei terapisti occupazionali sono stati contattati e invitati a inoltrare l'invito allo studio ai professionisti iscritti nelle loro regioni, per garantire una copertura geografica ampia e diversificata.

Inoltre, è stata incoraggiata la diffusione del questionario tramite passaparola tra i professionisti del settore. I terapisti avevano a disposizione un periodo di 2 mesi per completare il questionario, dopo il quale non sono state più registrate nuove risposte. È stata inoltre stabilita una modalità che ha permesso l'invio di un'unica risposta per ciascun partecipante.

4.3) Statistiche

Lo strumento principale utilizzato per la sistematizzazione dei dati, le statistiche descrittive e la creazione dei grafici è stato Microsoft Excel. Per le analisi inferenziali, invece, è stato utilizzato IBM SPSS Statistics 26. Questi software hanno permesso di gestire e analizzare i dati in modo efficace, grazie alla loro versatilità e alla disponibilità di funzioni Excel per quelle di base, SPSS per quelle avanzate. Dopo la raccolta, i dati sono stati immessi in Excel e successivamente analizzati.

Le variabili indipendenti relative a chi compilava l'intervista considerate in questa ricerca sono:

- Fascia di età
- Identità di genere
- Sesso biologico
- Anni di esperienza lavorativa come terapeuta occupazionale
- Fascia di età di cui il terapeuta si occupa/si è occupato
- Ambito/i di lavoro di cui il terapeuta si occupa/si è occupato

Le variabili dipendenti di questa ricerca sono le altre risposte fornite dai terapisti nelle domande del questionario, ad esempio "Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?". Queste risposte sono state raccolte tramite domande a risposta aperta e domande a risposta chiusa tra cui alcune su scala Likert a 5 livelli per misurare l'importanza attribuita dai partecipanti a specifici aspetti o situazioni legati alla tematica sessuale nel contesto terapeutico.

Per ciascuna di queste variabili, sono state condotte statistiche descrittive, al fine di avere un'idea chiara della distribuzione e delle caratteristiche dei dati. Le statistiche descrittive includono:

- Frequenze: calcolo della frequenza delle risposte a ciascuna domanda a risposta chiusa. Questo ci ha permesso di identificare le risposte più comuni e le tendenze generali.
- Percentuali: presentazione delle frequenze in percentuale, per facilitare il confronto tra le diverse risposte e per evidenziare quali opzioni siano state preferite dai partecipanti.
- Media: per le variabili che hanno dei valori ordinali su scala Likert, è stata calcolata la media aritmetica, che fornisce una misura centrale dei dati.
- Deviazione standard (d.s.): misura della dispersione dei dati rispetto alla media, utile per comprendere la varietà delle esperienze tra i partecipanti.

- Moda: valore che si ripete più frequentemente, che aiuta a identificare la preferenza o la tendenza predominante tra le risposte.

Per le risposte aperte è stata condotta un'analisi qualitativa del contenuto con l'obiettivo di identificare temi e categorie prevalenti, direttamente emersi dal contenuto delle risposte dei partecipanti.

In aggiunta a queste analisi, sono state condotte anche statistiche inferenziali utilizzando il software IBM SPSS Statistics 26. Queste analisi hanno permesso di testare ipotesi e fare inferenze più ampie sui dati raccolti, fornendo una comprensione più profonda delle relazioni tra le variabili indipendenti e le risposte dei terapeuti.

Nello specifico, è stato utilizzato il “test non parametrico del Chi-quadro” per verificare se la distribuzione delle risposte fosse casuale o meno. Se il valore di p associato al Chi-quadro risulta inferiore a 0,05, 0,01 o 0,001, il risultato è considerato significativo, indicando che la distribuzione delle risposte non è casuale.

Dove opportuno, per le altre variabili, è stato calcolato il coefficiente di correlazione di Spearman, test che considera i ranghi di risposta in variabili ordinali, per eseguire un'analisi correlazionale, al fine di misurare quanto la variabile dipendente cambi in relazione all'aumento o alla diminuzione della variabile indipendente. Se la correlazione è positiva (valore +), all'aumentare della variabile indipendente aumenta anche la variabile dipendente. Se la correlazione è negativa (valore -), all'aumentare della variabile indipendente, la variabile dipendente diminuisce. La correlazione varia da -1 a +1, dove 0 indica l'assenza di correlazione. Per tutte le statistiche inferenziali, un valore di p inferiore a 0,05, 0,01 o 0,001 indica che la correlazione è significativa.

4.4) Risultati del questionario

Al termine del periodo di raccolta delle informazioni, che si è svolto nei mesi di giugno e luglio 2024, un totale di 113 terapeuti occupazionali ha partecipato al questionario.

4.4.1) Analisi del campione

La fascia di età del campione è visibile nel *Grafico 1*. N= 113. Il 46% del campione, ossia 52 persone, hanno una fascia di età compresa tra 20 e 30 anni. Il 38,1 % del campione, ossia 43 persone, hanno una fascia di età compresa tra 31 e 40 anni. Il 9,7 %, ossia 11 persone, hanno una fascia di età compresa tra 41 e 50 anni. Il 3,5 %, ossia 4 persone, hanno una fascia di età compresa tra 51 e 60 anni. Il 2,7 %, ossia 3 persone, hanno una fascia di età compresa tra 61 e 70 anni.

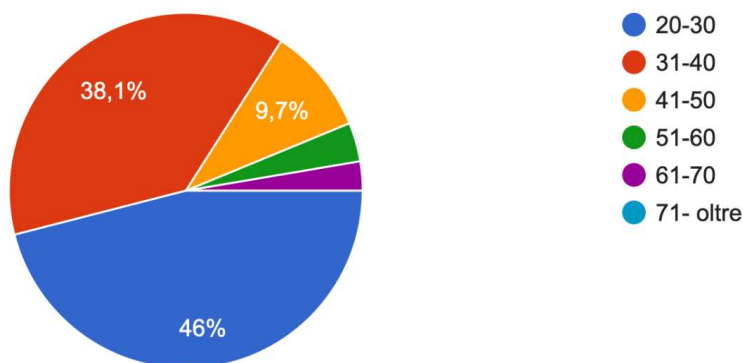


Grafico 1: Fascia di età del campione

Per quanto riguarda l'identità di genere, tra "cisgender (l'identità di genere corrisponde al sesso biologico)", "transgender (l'identità di genere differisce dal sesso biologico)", "non-binary" e "preferisco non indicare", il 100% del campione ossia 113 terapisti hanno risposto "cisgender (l'identità di genere corrisponde al sesso biologico)".

L'82,3% del campione, 93 terapisti, sono di sesso femminile, il 17,7%, 20 terapisti, sono di sesso maschile, lo 0% intersessuale (persona con caratteri sessuali non definibili come esclusivamente maschili o femminili). N= 113.

Nel *Grafico 2* si possono visualizzare gli anni di esperienza lavorativa nel campione intervistato. N= 113. Il 45,1% ossia 51 terapisti hanno da 0 a 5 anni di esperienza lavorativa. Il 19,5% ossia 22 terapisti hanno da 6 a 10 anni di esperienza lavorativa. Il 17,7% ossia 20 terapisti hanno da 11 a 15 anni di esperienza lavorativa. L' 11,5% ossia 13 terapisti hanno da 16 a 20 anni di esperienza lavorativa. Il 3,5% ossia 4 terapisti hanno da 21 a 30 anni di esperienza. L' 1,8% ossia 2 terapisti hanno da 31 a 40 anni di esperienza. Lo 0,9% ossia 1 terapeuta ha oltre 40 anni di esperienza.

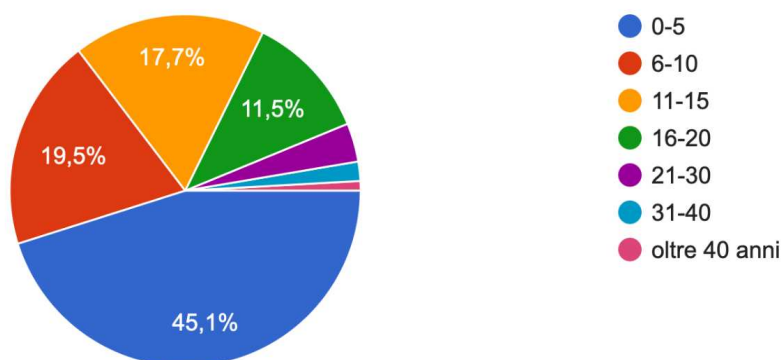


Grafico 2: Anni di esperienza

lavorativa del terapeuta

Il *Grafico 3* mostra le fasce di età di cui il terapeuta occupazionale si è occupato o si occupa attualmente, nel questionario è stato possibile selezionare più di una risposta. N= 113. 49 terapisti (43,4%) lavorano o hanno lavorato con l'età evolutiva, 84 (74,3%) terapisti lavorano o hanno lavorato con l'adulto, mentre 54 (47,8%) terapisti con l'anziano.

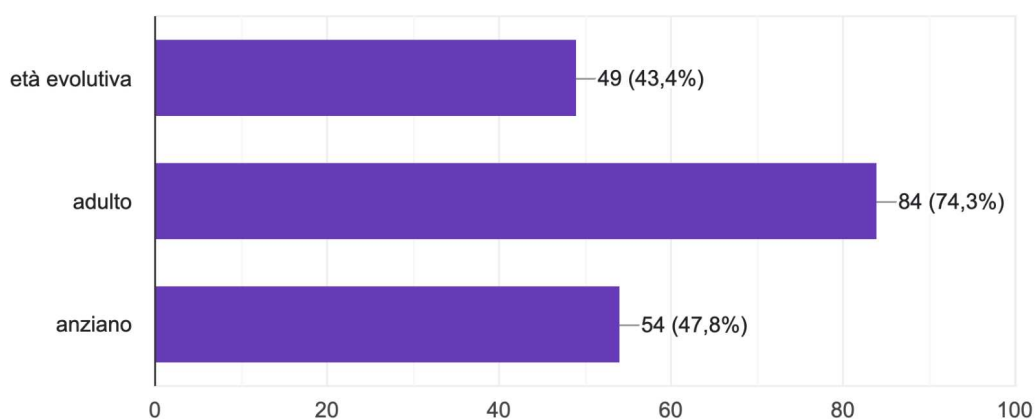


Grafico 3:

Fasce di età di cui il terapeuta occupazionale si è occupato o si occupa attualmente

È stato poi chiesto ai terapisti occupazionali di selezionare l'ambito o gli ambiti di lavoro di cui si sono occupati o si occupano attualmente, nel questionario è stato possibile selezionare più di una risposta. Nel *Grafico 4* si possono visualizzare le risposte. N= 113. In particolare il 28,3% del campione ossia 32 terapisti lavorano o hanno lavorato nell'ambito ausili, il 14,2% ossia 16 terapisti in ambito psichiatrico, il 9% ossia 11 in un centro educativo o diurno, il 31% ossia 35 nel domicilio del paziente, il 23% ossia 26 terapisti in una casa di riposo o in un centro per le demenze, il 70% ossia 80 terapisti in un centro o in un'unità operativa o ospedaliera, il 9,7% ossia 11 nella ricerca e/o formazione, l'1,8% ossia 2 nel Servizio di Integrazione Lavorativa, lo 0,9% ossia 1 terapeuta nella telemedicina.

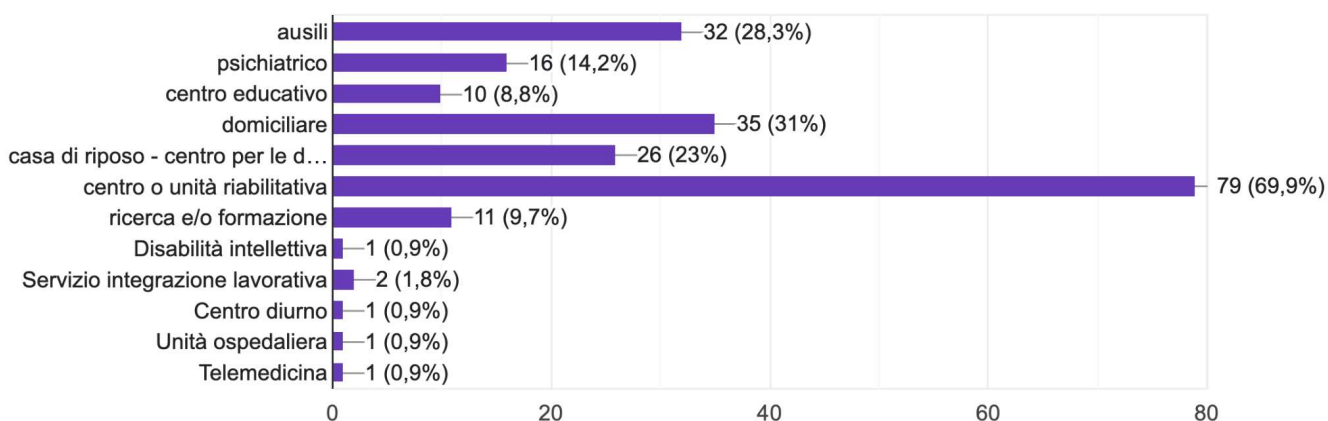


Grafico 4: Ambito o ambiti di lavoro di cui il terapeuta occupazionale si è occupato o si occupa attualmente

4.4.2) Analisi delle risposte del campione

Il 79,6% del campione, quindi 90 terapisti occupazionali, non hanno mai ricevuto una formazione sessuale specifica per la professione. Il 2,7%, 3 terapisti, hanno ricevuto la formazione sessuale specifica nella professione durante il vecchio corso di laurea di terapeuta della riabilitazione, il 4,4%, 5 terapisti, l'hanno ricevuta durante il corso di laurea triennale, lo 0,9% ossia 1 terapeuta

durante il master, lo 0,9% ossia 1 terapeuta ha ricevuto formazione ma non ricorda quando, mentre il 12,4% quindi 14 terapeute durante un corso di formazione/specializzazione/perfezionamento. N= 113.

Ai terapeute che hanno ricevuto la formazione è stato chiesto da 1 (poco) a 5 (tanto) quanto è stata utile la formazione sessuale specifica per la professione, visualizzabile nel *Grafico 5*. N= 24. 5 terapeute (20,8%) hanno assegnato un punteggio di “1”, 1 terapeuta (4,2%) ha assegnato un punteggio di “2”, 6 terapeute (25%) un punteggio di “3”, 6 (25%) di “4” e 6 (25%) di “5”. Il valore medio è 3,3 (d.s. 1,5); la moda è 4.

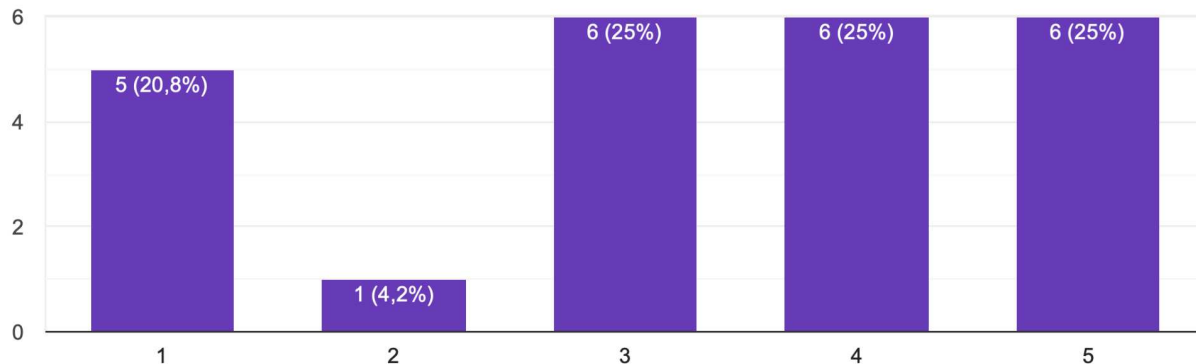


Grafico 5: Risposte dei terapeute occupazionali che hanno ricevuto la formazione sessuale alla domanda “Da 1 a 5 quanto è stata utile la formazione sessuale specifica per la professione?”

È stato poi chiesto a tutti i terapeute occupazionali, che abbiano ricevuto o no la formazione sessuale specifica per la professione, da 1 (poco) a 5 (tanto) quanto pensano essa sia utile. N= 113. Il 4,4% del campione, 5 terapeute hanno assegnato il punteggio “1”, il 2,7%, 3 terapeute, il punteggio “2”, il 16,8%, 19 terapeute, “3”, il 32,7%, 37 terapeute, “4”, il 43,4% ossia 49 terapeute hanno assegnato il punteggio “5”. Il valore medio è 4,1 (d.s. 1,1); la moda è 5.

Il 32,7% del campione, quindi 37 terapeute occupazionali, non hanno mai ricevuto un’educazione sessuale generale non specifica per la professione. Il 41,6% del campione, 47 terapeute, hanno ricevuto un’educazione sessuale generale durante le scuole elementari, il 40,7% del campione, 46 terapeute, durante le scuole superiori, il 3,5%, 4 terapeute, durante l’università, il 16,8%, 19 terapeute, durante altri eventi formativi/educativi. Nel questionario è stato possibile selezionare più di una risposta). N= 113.

Ai terapeute che hanno ricevuto un’educazione sessuale generale non specifica per la professione è stato chiesto da 1 (poco) a 5 (tanto) quanto è stata utile, visualizzabile nel *Grafico 6*. N= 74. 5 terapeute (6,8%) hanno assegnato un punteggio di “1”, 5 (6,8%) terapeute hanno assegnato un punteggio di “2”, 18 terapeute (24,3%) un punteggio di “3”, 21 (28,4%) di “4” e 25 (33,8%) di “5”. Il valore medio è 3,8 (d.s. 1,2); la moda è 5.

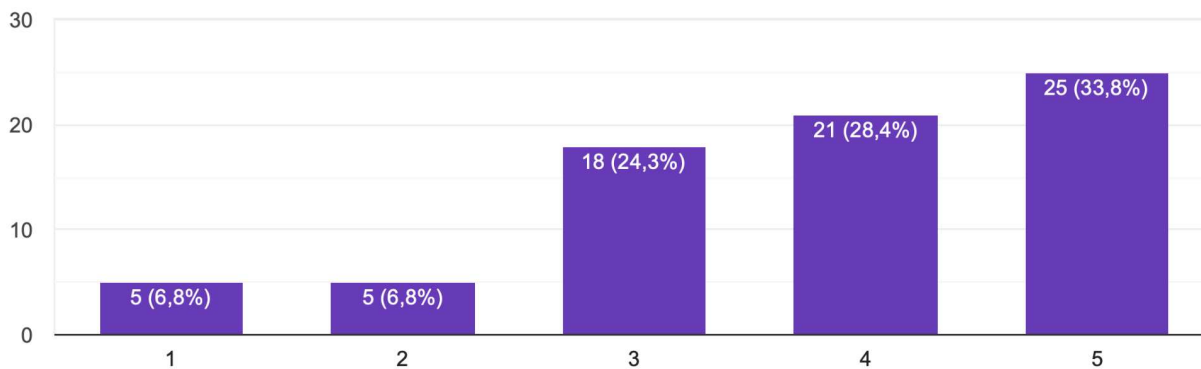


Grafico 6: Risposte dei terapisti occupazionali che hanno ricevuto un'educazione sessuale generale alla domanda "Da 1 a 5 quanto è stata utile l'educazione sessuale non specifica per la professione?"

È stato poi chiesto a tutti i terapisti occupazionali, che abbiano ricevuto o no un'educazione sessuale generale non specifica per la professione, da 1 (poco) a 5 (tanto) quanto pensano essa sia utile. N= 113. Il 3,5% del campione, 4 terapisti, hanno assegnato il punteggio "1", il 3,5%, 4 terapisti, il punteggio "2", il 9,7%, 11 terapisti, "3", il 29,2% ossia 33 terapisti "4", il 54% ossia 61 terapisti hanno assegnato il punteggio "5".

Il valore medio è 4,3 (d.s. 1); la moda è 5.

La successiva domanda è stata: "Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?". N= 113. Il 12,4% ossia 14 terapisti ha selezionato l'opzione "MAI", il 61,9% ossia 70 terapisti hanno selezionato l'opzione "QUALCHE VOLTA", il 25,7% ossia 29 terapisti l'opzione "SPESSE", lo 0% ha selezionato l'opzione "SEMPRE", visualizzabile nel *Grafico 7*.

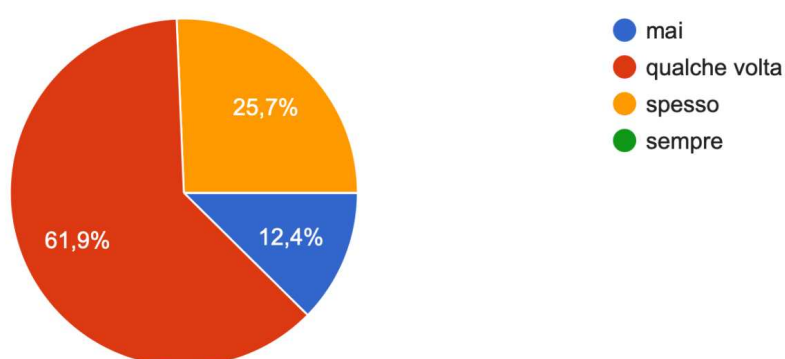


Grafico 7: Risposte dei terapisti occupazionali alla domanda "Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?"

Alla domanda "Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti?" il 31% del campione ossia 35 terapisti ha assegnato il punteggio "1" ossia "poco competente", il 38,9% ossia 44 terapisti il punteggio "2", il 17,7% ossia 20 terapisti "3",

l'8% ossia 9 terapisti "4", il 4,4% ossia 5 terapisti hanno assegnato il punteggio "5" ossia "tanto competente". N= 113. Il valore medio è 2,1 (d.s. 1,1); la moda è 2.

Alla domanda "Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti a tuo agio rispetto al paziente nel trattare il tema della sessualità?" il 9,7% del campione ossia 11 terapisti ha assegnato il punteggio "1", il 20,4% ossia 23 terapisti il punteggio "2", il 32,7% ossia 37 terapisti "3", il 20,4% ossia 23 terapisti "4", il 16,8% ossia 19 terapisti hanno assegnato il punteggio "5". N= 113. Il valore medio è 3,1 (d.s. 1,2); la moda è 3.

Alla domanda "Da 1 a 5 quanto senti o hai mai sentito il bisogno di formarti/formarti ulteriormente in quest'area?" il 12,4% del campione ossia 14 terapisti ha assegnato il punteggio "1" o "non sento il bisogno", il 20,4% ossia 23 terapisti il punteggio "2", il 22,1% ossia 25 terapisti "3", il 27,4% ossia 31 terapisti "4", il 17,7% ossia 20 terapisti hanno assegnato il punteggio "5" o "sento tanto il bisogno". N= 113. Il valore medio è 3,2 (d.s. 1,3); la moda è 4.

Nel *Grafico 8* è possibile visualizzare le risposte alla domanda "Da 1 a 5 quanto ritieni sia importante affrontare il tema della sessualità nella formazione universitaria dei terapisti occupazionali?" in cui il 3,5% del campione ossia 4 terapisti ha assegnato il punteggio "1", il 4,4% ossia 5 terapisti il punteggio "2", il 15% ossia 17 terapisti "3", il 33,6% ossia 38 terapisti "4", il 43,4% ossia 49 terapisti hanno assegnato il punteggio "5". N= 113. Il valore medio è 4,1 (d.s. 1); la moda è 5.

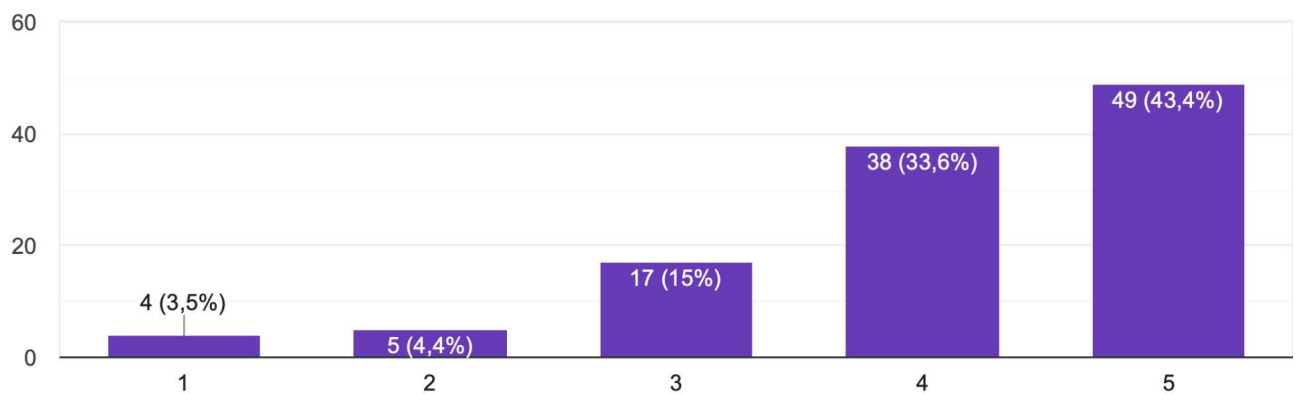


Grafico 8: Risposte alla domanda "Da 1 a 5 quanto ritieni sia importante affrontare il tema della sessualità nella formazione universitaria dei terapisti occupazionali?"

Un successivo quesito del questionario è stato formulato su una scala Likert a valori numerici da 1 a 5, in cui 1 rappresenta 'poco importante' e 5 'molto importante'. Ai terapisti è stato chiesto di assegnare un punteggio per valutare quanto ritenessero importante trattare un dato tema nel corso di laurea per la formazione dei terapisti occupazionali. N= 113. La *Tabella 3* riassume i risultati.

TEMA	Numer o di risposte (%) di terapist i che hanno assegna to il punteg gio "1"	Numer o di risposte (%) di terapist i che hanno assegna to il punteg gio "2"	Numer o di risposte (%) di terapist i che hanno assegna to il punteg gio "3"	Numero di risposte (%) di terapist i che hanno assegna to il punteg gio "4"	Numero di risposte (%) di terapist i che hanno assegna to il punteg gio "5"	Media (d.s.) Moda
Affettività e intimità della persona con disabilità	3 (2,7%)	1 (0,9%)	6 (5,3%)	36 (31,9%)	67 (59,3%)	4,4 (0,9) 5
Diritti sessuali e disabilità	3 (2,7%)	1 (0,9%)	8 (7,1%)	30 (26,5%)	71 (62,8%)	4,7 (0,9) 5
La sessualità nell'età dello sviluppo	3 (2,7%)	4 (3,5%)	9 (8%)	26 (23%)	71 (62,8%)	4,4 (1) 5
Invecchiamento fisiologico e sessualità	3 (2,7%)	6 (5,3%)	17 (15%)	37 (32,7%)	50 (44,2%)	4,1 (1) 5
Farmaci prescritti e sessualità	3 (2,7%)	6 (5,3%)	17 (15%)	38 (33,6%)	49 (43,4%)	4,1 (1) 5
Sintomi che una determinata malattia provoca a livello sessuale (es. ictus e sessualità, sclerosi multipla e sessualità, lesioni del midollo e sessualità, deficit cognitivo e sessualità, malattia mentale e sessualità, disturbi sensoriali..)	1 (0,9%)	4 (3,5%)	10 (8,8%)	21 (18,6%)	77 (68,1%)	4,5 (0,9) 5
Come gestire i comportamenti sessuali inappropriati, abilità di interazione sociale e regolazione emotiva (es rapporto dal paziente frontale con il professionista, gestione dell'uso del telefono come messaggi e like, scene in pubblico come abbassare i pantaloni..)	3 (2,7%)	2 (1,8%)	9 (8%)	23 (20,4%)	76 (67,3%)	4,5 (1) 5
Contracezione maschile e femminile	9 (8%)	6 (5,3%)	19 (16,8%)	32 (28,3%)	47 (41,6%)	3,9 (1,2) 5
Concepimento, gravidanza, genitorialità, pianificazione	8 (7,1%)	5 (4,4%)	18 (15,9%)	21 (18,6%)	61 (54%)	4,1 (1,2) 5

familiare e separazione familiare						
Sessualità LGBTQ+	9 (8%)	11 (9,7%)	26 (23%)	31 (27,4%)	36 (31,9%)	3,7 (1,2) 5
Questioni etiche e sessualità (diverse religioni, culture, valori, credenze, pregiudizi..)	3 (2,7%)	6 (5,3%)	27 (23,9%)	29 (25,7%)	48 (42,5%)	4 (1,1) 5
Abuso sessuale e violenza sessuale, partecipazione e consenso sicuri, autodifesa	8 (7,1%)	3 (2,7%)	12 (10,6%)	31 (27,4%)	59 (52,2%)	4,2 (1,2) 5
Disfunzioni, parafilie e devianze sessuali	5 (4,4%)	6 (5,3%)	29 (25,7%)	23 (20,4%)	50 (44,2%)	3,9 (1,1) 5
Ausili per la sessualità (sex toys, lubrificanti, abbigliamento adattato..)	6 (5,3%)	8 (7,1%)	22 (19,5%)	28 (24,8%)	49 (43,4%)	3,9 (1,2) 5
Comunicazione su questioni sessuali con il caregiver del paziente (sia tra paziente e caregiver sia tra terapeuta e caregiver)	3 (2,7%)	2 (1,8%)	14 (12,4%)	33 (29,2%)	61 (54%)	4,3 (0,9) 5
Conoscenza delle parti del corpo, conoscenza delle zone erogene, conoscenza delle diverse pratiche sessuali	6 (5,3%)	10 (8,8%)	29 (25,7%)	31 (27,4%)	37 (32,7%)	3,7 (1,2) 5
Strategie/strumenti di valutazione e di intervento di terapia occupazionale nella sfera della sessualità (posizionamento ed ergonomia, conservazione dell'energia, gestione del dolore, organizzazione dell'ambiente..)	4 (3,5%)	3 (2,7%)	13 (11,5%)	29 (25,7%)	64 (56,6%)	4,3 (1) 5
Come introdurre l'argomento e trattare in modo confidenziale l'argomento tra terapeuta e utente	4 (3,5%)	3 (2,7%)	10 (8,8%)	30 (26,5%)	66 (58,4%)	4,3 (1) 5
Linee guida per comprendere i ruoli e le responsabilità di ciascuna professione rispetto alla sessualità	6 (5,3%)	0 (0%)	7 (6,2%)	32 (28,3%)	68 (60,2%)	4,4 (1) 5

Tabella 3: Risultati dei terapisti occupazionali sulla base di quanto ritenevano importante trattare un dato tema nel corso di laurea per la formazione dei terapisti occupazionali

Per concludere è stato chiesto ai terapisti occupazionali di rispondere da 1 (poco) a 5 (tanto) quanto è significativa nella loro vita la sessualità. N= 113. Lo 0,9% ossia 1 terapeuta ha assegnato un punteggio di “1”, l’1,8% ossia 2 terapisti hanno assegnato un punteggio di “2”, il 20,4% ossia 23 terapisti “3”, il 49,6% ossia 56 terapisti “4” ed il 27,4% ossia 31 terapisti “5”.

Il valore medio è 4 (d.s. 0,8); la moda è 4.

È stata poi lasciata una domanda dedicata ad eventuali ulteriori note aggiuntive, ritenute rilevanti dai professionisti. Sono state raccolte 15 risposte tra cui:

- “Credo sia fondamentale incrementare la formazione universitaria rispetto alla sfera della sessualità o incentivare e promuovere l'accesso (anche agli studenti) ai corsi di formazione legati al tema. Purtroppo è un tema che non viene affrontato o affrontato in maniera superficiale sia in fase valutativa sia in fase di trattamento.”
- “È un argomento degno di nota e molto interessante, tuttavia nell'ambito di un ospedale riabilitativo come quello in cui lavoro io, trovo purtroppo molto difficile inserire questo argomento tra i temi da trattare col paziente, in quanto egli si trova in una fase sub-acuta e, pertanto, occorre affrontare le ADL ancora prima della sessualità. Sicuramente, in ambiti dove viene trattato il paziente cronico, tale aspetto assume un'importanza maggiore. Complimenti comunque per la tematica perché secondo me è importante che tutti noi TO abbiamo almeno un'infarinatura su un bisogno fondamentale e fisiologico come lo è la sessualità.”
- “Sarebbe necessaria una formazione ai futuri professionisti in primis con un corso specifico durante la laurea triennale, così da formare dei professionisti in tutti gli ambiti per poter prendere in carico la persona in maniera olistica durante l’esercizio della professione.”
- “A livello universitario mi concentrerei principalmente sul ruolo del TO e il suo intervento facendo una panoramica del contesto legislativo e culturale di riferimento solo per avere il quadro complessivo. Il nostro intervento una volta acquisite le competenze è a favore della partecipazione della persona e vuole lavorare sul benessere. Tematiche come il non riconoscimento del proprio sesso biologico, disturbi in area psichiatrica non ritengo siano all'interno della nostra fascia di competenza e intervento e andrebbero affrontati solo in presenza delle figure preposte.”
- “La formazione sull'aspetto sessuale dovrebbe essere affrontata insieme a un psicoterapeuta e diviso per malattie. Io che lavoro in ambito psichiatrico ho rilevato una grande mancanza di conoscenza di come affrontare le difficoltà sessuali e credo sia proprio perché nessuno vi parla. Più si parla e meglio è perché incoraggia le persone a manifestare eventuali criticità nell'ambito sessuale.”
- “La masturbazione compulsiva del bambino e/o adolescente con disabilità cognitiva è un altro tema da considerare perché impatta sulle relazioni sociali e mette molto in difficoltà genitori, insegnanti e compagni.”
- “È un argomento che richiede competenze che non ritengo siano del terapeuta occupazionale né ritengo si possono acquisire perché ci sono implicazioni psicologiche profonde non acquisibili con corsi (ritengo che l'argomento sia di competenza di altre figure professionali)”
- “Importante un confronto sano fra le diverse figure riabilitative definendo bene i ruoli al fine di salvaguardare l'intimità dell'utente.”

- “Un tema molto interessante, anche per chi come me si occupa di età evolutiva. I ragazzi in età adolescenziale vanno supportati poiché hanno le loro esigenze!”
- “Lavorando con adulti neurologici che hanno subito traumi di diversa natura, spesso l'argomento è per loro importante. Altrettanto spesso però non si sentono di introdurre l'argomento. Una frase introduttiva da parte del professionista che fa sapere al paziente che se ne sente il bisogno ne può parlare, può aprire per la persona un mondo intero e può concedere una presa in carico di tale persona più completa. Ritengo necessario il parlarne, anche in formazione, per abbattere i tabù legati a questo tema assolutamente naturale e importante. Anche perché, essendo un tema tanto complesso, è necessario un lavoro d'equipe: ma se anche solo uno dei professionisti coinvolti è a disagio nel parlarne, si rischia di far perdere qualità all'intero progetto riabilitativo, contribuendo agli stereotipi secondo cui la persona con disabilità "non ha diritto" ad avere tale obiettivo.”

4.4.3) Analisi delle statistiche inferenziali

L'analisi delle statistiche inferenziali presentata mira a rispondere alle seguenti domande:

1. La frequenza con cui i terapisti ritengono opportuno affrontare il tema sessuale con i pazienti varia a seconda della fascia d'età di cui si occupano e dell'ambito lavorativo?
2. La variabile dipendente “Che tu l'abbia ricevuta o no, da 1 a 5 quanto pensi sia utile la formazione sessuale specifica per la professione?” cambia in relazione agli anni di esperienza del terapeuta?
3. La variabile dipendente “Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti?” cambia in relazione agli anni di esperienza del terapeuta?
4. La variabile dipendente “Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti a tuo agio rispetto al paziente nel trattare il tema della sessualità?” cambia in relazione agli anni di esperienza del terapeuta?
5. La variabile dipendente “Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?” cambia in relazione all'età del terapeuta?

Per rispondere alla domanda 1 è stata utilizzata la statistica del Chi-quadro per verificare se esiste una relazione significativa tra variabili dipendenti, in questo caso tra le risposte fornite alla domanda sulla frequenza di discussione di tematiche sessuali e le variabili indipendenti di età e ambito lavorativo dei terapisti.

La distribuzione delle risposte non è casuale, ossia il Chi-quadro è risultato significativo, nei seguenti casi:

- Età evolutiva (N=49; Chi-quadro=20,25; $p < 0,001$). Di 49 persone che lavorano con l'età evolutiva, 7 hanno risposto “mai”, 31 hanno risposto “qualche volta”, 11 “spesso”.
- Adulto (N=83; Chi-quadro=32,27; $p < 0,001$). Di 83 persone che lavorano con l'adulto, 8 hanno risposto “mai”, 50 hanno risposto “qualche volta”, 25 “spesso”.
- Anziano (N=54; Chi-quadro=24,78; $p < 0,001$). Di 54 persone che lavorano con l'anziano, 7 hanno risposto “mai”, 35 hanno risposto “qualche volta”, 12 “spesso”.
- Ausili (N=32; Chi-quadro=10,64; $p < 0,01$). Di 32 persone che lavorano nell'ambito ausili, 4 hanno risposto “mai”, 19 hanno risposto “qualche volta”, 9 “spesso”.

- Casa di riposo (N=26; Chi-quadro=12,08; $p<0,01$). Di 26 persone che lavorano nelle case di riposo, 4 hanno risposto “mai”, 17 hanno risposto “qualche volta”, 5 “spesso”.
- Centri riabilitativi (N=78; Chi-quadro=29,85; $p<0,001$). Di 78 persone che lavorano in un centro riabilitativo, 10 hanno risposto “mai”, 48 “qualche volta”, 20 “spesso”.
- Domicilio (N=34; Chi-quadro=28,65; $p<0,001$). Di 34 persone che lavorano nel domicilio, 3 hanno risposto “mai”, 26 hanno risposto “qualche volta”, 5 “spesso”.

La distribuzione delle risposte è casuale, ossia il Chi-quadro non è risultato significativo, nei seguenti casi:

- Centri educativi (N=9; Chi-quadro=1,00; p n.s.). Di 9 persone che lavorano nei centri educativi, 6 hanno risposto “mai”, 3 hanno risposto “qualche volta”, 9 “spesso”.
- Psichiatria (N=16; Chi-quadro=5,38; p n.s.). Di 16 persone che lavorano in ambiente psichiatrico, 1 ha risposto “mai”, 8 hanno risposto “qualche volta”, 7 “spesso”.
- Ricerca (N=10; Chi-quadro=1,6; p n.s.). Di 10 persone che lavorano nella ricerca, 7 hanno risposto “mai”, 3 hanno risposto “qualche volta”, 10 “spesso”.

Per rispondere alle domande 2, 3, 4 e 5 è stato applicato l'indice di correlazione per ranghi di Spearman.

La correlazione della domanda 2 è risultata significativa. Il risultato, (N=113; $ic=1$; $p<0,5$) afferma che all'aumentare della variabile indipendente “anni di esperienza del terapeuta” aumenta anche la variabile dipendente “Che tu l'abbia ricevuta o no, da 1 a 5 quanto pensi sia utile la formazione sessuale specifica per la professione?”. Gli anni di esperienza dell'operatore incidono quindi su quanto esso ritiene sia utile la formazione sessuale specifica. All'aumentare degli anni di esperienza, aumenta anche la percezione di utilità della formazione sessuale specifica.

La correlazione della domanda 3 è risultata significativa. Il risultato, (N=113; $ic=1$; $p<0,5$) afferma che all'aumentare della variabile indipendente “anni di esperienza del terapeuta” aumenta anche la variabile dipendente “Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti?”. Gli anni di esperienza dell'operatore incidono quindi su quanto esso si ritiene competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti. All'aumentare degli anni di esperienza, aumenta anche la percezione di competenza nel trattare temi legati alla sessualità con i pazienti.

La correlazione della domanda 4 non è risultata significativa. Il risultato, (N=113; $ic=0,2$; p n.s.) afferma che all'aumentare della variabile indipendente “anni di esperienza del terapeuta” non aumenta la variabile dipendente “Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti a tuo agio rispetto al paziente nel trattare il tema della sessualità?”. Gli anni di esperienza dell'operatore quindi non incidono su quanto esso si sente a proprio agio rispetto al paziente nel trattare il tema della sessualità.

La correlazione della domanda 5 non è risultata significativa. Il risultato, (N=113; $ic=0,1$; p n.s.) afferma che all'aumentare della variabile indipendente “età del terapeuta” non aumenta la variabile dipendente “Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?”. L'età dell'operatore quindi non incide su quanto esso ritiene opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente.

5) DISCUSSIONE

I risultati della presente ricerca evidenziano una significativa lacuna formativa nel campo della sessualità all'interno del percorso di studi dei terapisti occupazionali. Il dato più rilevante riguarda l'elevata percentuale di TO (79,6%) che non ha mai ricevuto una formazione specifica sulla sessualità in ambito professionale. Solo una minima parte (4,4%), ovvero 5 terapisti, ha ricevuto tale formazione durante il corso di laurea triennale. Questo dato suggerisce che, sebbene il tema venga trattato in alcuni casi, la formazione sulla sessualità non è integrata in modo sistematico nei curricula universitari di terapia occupazionale. Questo risultato è in netto contrasto con la percezione dei TO stessi: la maggioranza dei professionisti ritiene infatti che una formazione specifica in questo ambito sia estremamente utile per la pratica clinica.

Un altro dato rilevante emerge dalla domanda: "Quante volte ti è capitata la situazione nella quale sarebbe stato opportuno affrontare la tematica sessuale con il paziente?". La maggior parte dei terapisti (87,6%) ha riconosciuto la presenza di occasioni in cui è stato necessario discutere di sessualità con i pazienti. Ciò suggerisce che, sebbene la sessualità non sia un tema affrontato nella propria professione, la sua rilevanza emerge in contesti specifici con una certa frequenza. La percentuale di TO che ha risposto "mai" è relativamente bassa, pari al 12,4%, confermando che la tematica della sessualità è una parte rilevante dell'interazione terapeutica. Tuttavia, nonostante questa consapevolezza, la letteratura dimostra che molti TO evitano di affrontare il tema della sessualità nella pratica quotidiana, indipendentemente dal contesto clinico o nazionale [15].

In linea con questa tendenza, i risultati della domanda "Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti?" mostrano una percezione di competenza piuttosto bassa. Il 31% del campione (35 terapisti) ha attribuito a se stesso il punteggio minimo di "1", mentre il 38,9% (44 terapisti) ha assegnato un punteggio di "2". Complessivamente, il 69,9% del campione si colloca nei livelli più bassi di percezione di competenza, indicando che quasi 7 TO su 10 si sentono poco o per nulla preparati nel trattare tematiche legate alla sessualità con i pazienti. La deviazione standard, relativamente bassa (1,1), suggerisce un'omogeneità nella percezione di scarsa competenza.

Questa situazione è particolarmente preoccupante se si considera che, come evidenziato in precedenza, la sessualità emerge in vari contesti clinici. La letteratura internazionale conferma che molti operatori sanitari, inclusi i TO, spesso mancano delle conoscenze, delle competenze e del comfort necessari per affrontare in modo adeguato le preoccupazioni sessuali e relazionali dei pazienti nella pratica quotidiana [17]. È stato dimostrato, tuttavia, che l'educazione e la formazione sistematica sulla sessualità possono portare a miglioramenti significativi nelle conoscenze, nelle abilità e nel comfort dei professionisti sanitari, colmando così il divario tra consapevolezza e competenza [17].

Analizzando i risultati delle domande "Hai mai ricevuto una formazione sessuale specifica per la professione?" e "Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti competente ad affrontare tematiche legate alla sessualità con i pazienti?", si può osservare che coloro che non hanno ricevuto una formazione specifica assegnano al valore della competenza i punteggi più bassi: 1, 2 e 3. Nessuno dei partecipanti che ha risposto "No, non ho mai ricevuto una formazione sessuale specifica per la

professione” ha attribuito a se stesso un punteggio di 4 o 5, evidenziando ulteriormente il legame tra mancanza di formazione e una percezione di competenza limitata.

Un ulteriore aspetto emerso riguarda il disagio che i TO provano nell'affrontare il tema della sessualità con i pazienti. Alla domanda “Da 1 a 5 quanto ti senti/sentiresti a tuo agio rispetto al paziente nel trattare il tema della sessualità?”, solo circa un terzo dei terapisti ha dichiarato di sentirsi adeguato o a proprio agio, assegnando punteggi pari a 4 o 5. Questo dato evidenzia una problematica significativa: una larga parte dei TO non si sente preparata o a proprio agio nel trattare questioni legate alla sessualità. La letteratura conferma che il disagio personale può spingere i professionisti a evitare di affrontare questo tema per paura di imbarazzo o per il timore di compromettere la percezione di professionalità [8]. Questa difficoltà rappresenta una barriera significativa alla gestione di un aspetto che dovrebbe invece essere affrontato con sicurezza e competenza.

I risultati della domanda “Da 1 a 5 quanto ritieni sia importante affrontare il tema della sessualità nella formazione universitaria dei TO?” mostrano un chiaro riconoscimento dell'importanza di includere la sessualità nella formazione accademica. La maggioranza dei TO, infatti, riconosce la necessità di affrontare il tema della sessualità già a livello universitario e i risultati evidenziano un forte consenso sull'importanza di integrare tale formazione. Questo è particolarmente rilevante in relazione ai dati che mostrano una diffusa percezione di inadeguatezza e disagio tra i TO nel trattare la sessualità con i pazienti.

L'importanza di integrare la sessualità nella formazione professionale dei TO è sostenuta dalla letteratura. L'American Occupational Therapy Association (AOTA) ha classificato l'attività sessuale come una delle attività della vita quotidiana (ADL), riconoscendola come una parte essenziale della pratica dei TO [14]. La sessualità è considerata un aspetto cruciale dell'identità occupazionale di una persona e, pertanto, richiede un'attenzione dedicata da parte dei TO [7]. La preparazione accademica e professionale dovrebbe quindi includere strumenti adeguati per gestire in modo competente questi temi, garantendo un approccio terapeutico completo e olistico [7].

Un ulteriore aspetto rilevante emerso dal questionario riguarda l'importanza che i terapisti occupazionali attribuiscono ai specifici temi formativi nel loro percorso di studi. I risultati indicano che, per tutti i temi proposti, la maggior parte dei terapisti ha assegnato punteggi elevati, con una prevalenza di punteggi di “5” ossia “tanto importante”. Questo evidenzia la loro percezione di tali tematiche come cruciali per una preparazione professionale adeguata e completa nel campo della terapia occupazionale.

Nello specifico, è interessante osservare come il tema “Ausili per la sessualità (sex toys, lubrificanti, abbigliamento adattato, ecc.)” abbia ricevuto punteggi più bassi rispetto ad altri argomenti. È sorprendente notare che alcuni terapisti non abbiano riconosciuto l'importanza di questo tema, nonostante rappresenti uno dei punti di forza della terapia occupazionale. Questa situazione potrebbe indicare che molti professionisti non siano pienamente consapevoli delle risorse disponibili e delle strategie da adottare per supportare i pazienti in questo ambito, evidenziando così una significativa lacuna formativa che merita di essere affrontata.

Per il tema “Linee guida per comprendere i ruoli e le responsabilità di ciascuna professione rispetto alla sessualità”, emerge un'interessante considerazione: molti professionisti sembrano non avere

chiara la questione di a chi e come demandare le tematiche legate alla sessualità. Questo porta a una situazione in cui i terapeuti non sanno indirizzare i pazienti verso le risorse o i professionisti adeguati, limitando così l'efficacia del supporto che possono offrire in questo ambito.

Il dato relativo all'importanza della sessualità nella vita dei terapeuti occupazionali presenta spunti di riflessione significativi. Dalla distribuzione delle risposte emerge che il 49,6% dei partecipanti ha assegnato un punteggio di "4", e il 27,4% ha scelto il punteggio massimo di "5". Questo suggerisce che per la maggior parte dei terapeuti la sessualità è percepita come un elemento significativo. La sessualità, infatti, è un aspetto intrinsecamente umano e universale, riconosciuto da chi opera nel campo della salute e del benessere [19]. In questo contesto, è quindi fondamentale riconoscere che la sessualità influisce sulla qualità della vita anche dei pazienti [19].

I risultati delle statistiche inferenziali evidenziano che il contesto lavorativo e la fascia d'età dei pazienti influenzano la frequenza con cui i terapeuti ritengono opportuno affrontare tematiche sessuali. I risultati significativi, ottenuti con il test del Chi-quadro, mostrano che per terapeuti che operano con bambini, adulti, anziani e in ambiti come la riabilitazione, le case di riposo o il domicilio, il tema sessuale emerge come più rilevante.

Questo è in linea con la letteratura che sottolinea come la sessualità sia una dimensione presente in tutte le fasi della vita. Le occupazioni sessuali e intime non sono esclusive degli adulti, ma seguono una sequenza di sviluppo che inizia dalla nascita, influenzando i comportamenti, i pensieri e i sentimenti delle persone nel corso dell'intero ciclo vitale [A].

Dalle statistiche emerge inoltre che man mano che i terapeuti accumulano esperienza, riconoscono maggiormente il valore della formazione su questo argomento. Questo potrebbe riflettere un processo di maturazione professionale: col tempo, i terapeuti si trovano ad affrontare una varietà di situazioni cliniche, comprese quelle legate alla sessualità, e comprendono l'importanza di una formazione più strutturata per gestire al meglio questi aspetti.

Tuttavia, sebbene l'esperienza contribuisca ad aumentare la competenza, non necessariamente rende i terapeuti più a loro agio nell'affrontare questi argomenti. Il comfort nel trattare temi sessuali potrebbe dipendere non solo dall'esperienza lavorativa, ma anche da fattori personali, culturali o dal contesto di lavoro.

Infine, la percezione di utilità nell'affrontare la tematica è indipendente da esperienza e competenza: i terapeuti, indipendentemente dal livello di esperienza e di competenza, colgono comunque l'opportunità e l'importanza di trattare questi temi.

5.1) Limiti dello studio

La presente ricerca presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, il tempo a disposizione per la compilazione del questionario potrebbe aver influenzato la partecipazione: un periodo più lungo avrebbe potuto consentire a un numero maggiore di terapeuti di completare il questionario, ampliando così il campione.

Inoltre, una più ampia revisione bibliografica e un maggior numero di voci nel questionario avrebbero potuto arricchire l'analisi e approfondire ulteriormente alcuni aspetti, per esempio non è stato approfondita l'idea che hanno i TO rispetto all'approccio interprofessionale, come è emerso

anche in alcune osservazioni libere di chi ha compilato. Sebbene il questionario sia stato indirizzato ai terapisti occupazionali con titolo abilitante alla professione, non è possibile garantire con assoluta certezza, essendo stato compilato in forma anonima mediante link, pur essendo stato inviato per posta elettronica ai TO, che tutti i rispondenti fossero effettivamente terapisti occupazionali con titolo abilitante alla professione. La presenza di eventuali partecipanti non appartenenti alla categoria di riferimento potrebbe aver introdotto una variabilità non controllabile nei risultati.

6) CONCLUSIONI

Le conclusioni di questa ricerca evidenziano l'importanza di integrare la sessualità come componente essenziale della formazione e della pratica professionale dei terapisti occupazionali. I risultati mostrano chiaramente una mancanza di preparazione e competenza percepita tra i terapisti riguardo al trattamento della sessualità con i pazienti. Questo gap formativo è particolarmente rilevante, dato che la terapia occupazionale si fonda su un approccio olistico che richiede la considerazione dell'individuo nella sua totalità, compresi aspetti fisici, emotivi, mentali e sociali, tra cui la sessualità e il funzionamento sessuale [8, 10].

La letteratura sottolinea come la sessualità sia una parte integrante della vita quotidiana e della qualità di vita delle persone, influenzata da numerosi fattori e sistemi sociali [7]. Questa complessità richiede una comprensione approfondita per sviluppare interventi terapeutici efficaci che promuovano una sessualità sana e soddisfacente. In effetti, l'attività sessuale non solo rappresenta un'occupazione fondamentale e personale per molti individui, ma fornisce anche significati diversi a seconda della persona, influenzando il loro benessere generale [7].

La formazione sulla sessualità, quindi, dovrebbe essere parte integrante dell'educazione e della formazione dei TO, per prepararli ad affrontare in maniera confortevole e competente le preoccupazioni sessuali dei pazienti [17]. È stato dimostrato che una formazione adeguata in questo ambito porta a un significativo miglioramento delle conoscenze, delle abilità e del comfort dei professionisti sanitari nel trattare la sessualità [17].

Per acquisire fiducia e competenza, è essenziale che la sessualità e il funzionamento sessuale siano parte integrante dell'istruzione e della formazione continua [12].

6.1) Prospettive future

Guardando al futuro, è evidente che l'inclusione della sessualità nei programmi formativi accademici e nella formazione continua rappresenta una priorità per migliorare la competenza e il comfort dei terapisti occupazionali nell'affrontare queste tematiche. La letteratura conferma che una formazione mirata può produrre un cambiamento positivo nelle abilità e nella sicurezza dei professionisti [12, 17].

L'integrazione della sessualità nella formazione dei terapisti occupazionali potrebbe avvenire attraverso l'inserimento dell'argomento in un corso già esistente o in uno nuovo all'interno del Syllabus universitario. Le lezioni sulla sessualità destinate ai terapisti occupazionali dovrebbero coprire diversi aspetti chiave e concentrarsi sull'acquisizione di competenze pratiche per affrontare questo tema con i pazienti [10].

7) BIBLIOGRAFIA

1. Tesi di Laurea: *Approccio alla sessualità del paziente in ambito riabilitativo*. Michele Rosso (2021) Università Cattolica del Sacro Cuore, Moncrivello
2. Tesi di Laurea: *SESSUALITÀ COME OCCUPAZIONE: studio qualitativo in un centro di riabilitazione per rilevare il bisogno della persona assistita*. Michela Savino (2022) Università degli studi di Pavia
3. World Association for Sexual Health - Declaration of Sexual Rights. (2015) National Institutes of Health
4. Dikaios Sakellariou and Salvador Simó Algado (2006) *Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link*. British Journal of Occupational Therapy, Volume 69, Issue 8
5. Advocates for Youth. (2007). *Educazione alla pianificazione della vita*. Washington, DC
6. Biella R., Cadirola I., Casiraghi J., Invernizzi D., Valtolina G.G. (2022). *Affettività e sessualità nelle persone con disabilità*. Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia
7. Ellis, K., & Ungco, J. C. (Eds.) (2023). *Sexuality and intimacy: An occupational therapy approach*. AOTA Press, Washington
8. Natalie Rose, Claire Hughes. (2018) *Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography*. The American Journal of Occupational Therapy, Volume 72, Numero 3
9. Tesi di Laurea: *POSSIBILI AREE DI APPLICAZIONE PROFESSIONALE PER LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA SFERA DELLA SESSUALITÀ*. Sara Guiotto (2022) Università degli Studi di Padova
10. Degree of Master's of Occupational Therapy: *Integration of Sexuality Content into an Occupational Therapy Curriculum*. Brittany Larson and Sarah Stutz. 2014. University of North Dakota
11. Luigi Croce. (2013) *Sessualità, Disabilità e Disabilità Intellettiva tra Persona e Contesto*. Centro Studi Pedagogia della Mediazione, Salerno
12. Lorna Couldrick. (1999). *Sexual Issues within Occupational Therapy, Part 2: Implications for Education and Practice*. British Journal of Occupational Therapy, Volume 62, Numero 1
13. Maximiliano Ulivieri. (2014) *Loveability, l'assistenza sessuale per le persone con disabilità*. Erickson: Trento.
14. American Occupational Therapy Association. (2008), "*Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (2nd Edition)*", American Journal of Occupational Therapy, Volume 62, Numero 6
15. Margaret Mc Grath, Dikaios Sakellariou. (2016) *Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality?*. The American Journal of Occupational Therapy, Volume 70, Numero 1
16. A. I. T. O. - Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali (2017), "*CODICE DEONTOLOGICO 2017 DEI TERAPESTI OCCUPAZIONALI*"
17. Agnes Higgins, Danika Sharek, Maeve Nolan, Barbara Sheerin, Paul Flanagan, Sniguole Slaicuinaitė, Sinead Mc Donnell & Heather Walsh. (2012) *Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability*. Journal of advanced nursing, Volume 68, Numero 11

18. Sarah Yallop and Maureen H. Fitzgerald (1997). *Exploration of occupational therapists' comfort with client sexuality issues*. Australian Occupational Therapy Journal, Volume 44, Numero 53-60
19. Cathy O'Mullan, Maria O'Reilly, Pamela Meredith (2021) *Bringing sexuality out of the closet: What can we learn from occupational therapists who successfully address the area of sexuality in everyday practice?*. Australian Occupational Therapy, Volume 68, Numero 272-281
20. Stanley H. Ducharme, Ph.D. (1992). *Developing Training Programs for Sexuality and Disability: A Personal Perspective*. Springer Science+Business Media, Boston

8) SITOGRAFIA

- A. Organizzazione Mondiale della Sanità. (2006). Data di accesso 20/07/2024 https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- B. <https://triennale.studiareineuropa.eu/serwis.php?s=3586&pok=74981&pa=147&szukaj=Tera pia+Occupazionale> Data di accesso 01/08/2024
- C. <https://www.unict.it/it/didattica/lauree-triennali/2024-2025/terapia-occupazionale> Data di accesso 01/08/2024
- D. <https://www.unich.it/ugov/degree/7028> Data di accesso 01/08/2024
- E. <https://corsidilaurea.uniroma1.it/it/corso/2024/30458/cds> Data di accesso 01/08/2024
- F. <https://didattica.unipd.it/off/2024/LT/ME/ME1852> Data di accesso 01/08/2024
- G. <https://unimore.coursecatalogue.cineca.it/corsi/2024/10387/insegnamenti/9999> Data di accesso 01/08/2024
- H. <https://terapiaoccupazionale.cdl.unimi.it/it/insegnamenti/piano-didattico> Data di accesso 01/08/2024
- I. <https://www.unicatt.it/corsi/triennale/terapia-occupazionale-vercelli/piani-di-studio-2024-25/curriculum-percorso-comune.html> Data di accesso 01/08/2024
- J. Maximiliano Ulivieri. (2014) *Presentazione Disegno di Legge sull'assistenza sessuale ai disabili*. Data di accesso 11/08/2024 <https://www.maximilianoulivieri.it/presentazione-disegno-di-legge-sullassistenza-sessuale-a-i-disabili/>
- K. <https://yaq.es/carreras-universitarias/ciencias-salud/terapia-ocupacional> Data di accesso 09/08/2024
- L. <https://www.med-akademie.de/gesundheitsfachberuf/schule-fuer-ergotherapie-aschaffenburg/> Data di accesso 09/08/2024
- M. https://infopool.med-akademie.de/lp/adlp/ergotherapie-ausbildung-muenchen?pk_campaign=M%C3%BCnchen%20Ergotherapie&gad_source=1&gbraid=0AAAAABpRG4PdvZa2bw6wXkBy7sFIWaCji&gclid=EAiaIQobChMIqNfOrPP2hwMV0zsGAB1auxPNEAAYAAEgLRJ_D_BwE Data di accesso 09/08/2024
- N. <https://www.piacerepertutti.it/> Data di accesso 09/10/2024