



# Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE

PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Paolo Bonaldo*

## TESI DI LAUREA

POSSIBILI AREE DI APPLICAZIONE PROFESSIONALE PER LA TERAPIA  
OCCUPAZIONALE NELLA SFERA DELLA SESSUALITÀ

(Feasible Applications of Occupational Therapy in the Sphere of Sexuality)

RELATORE: Dott. Alec Vestri  
Correlatore: T.O. Francesca Zambon

LAUREANDA: Sara Guiotto

Anno Accademico 2021/2022

## INDICE

I.	RIASSUNTO.....	3
II.	ABSTRACT.....	4
	1) INTRODUZIONE.....	5
	2) PARTE I.....	6
	2.1. Sessualità e salute sessuale.....	6
	2.2. Definizione del problema.....	7
	2.3. Dimensione occupazionale della sessualità.....	9
	2.4. Sessualità e terapia occupazionale a confronto: la realtà attuale.....	9
	2.3.1. Aspetti che ostacolano il considerare la sessualità nella pratica di TO.....	11
	2.3.2. Modalità per affrontare tali problematiche.....	15
	2.3.3. Casi clinici.....	17
	2.3.4. Strumenti di valutazione.....	18
	2.3.5. Interventi.....	22
	2.3.6. Ausili.....	24
	2.3.7. Specificità di diversi professionisti sanitari nella sfera della sessualità.....	25
	3) PARTE II.....	26
	3.1. Modalità di costruzione della scheda di rilevazione.....	26
	4) PARTE III.....	29
	4.1. Metodologia dello studio osservazionale.....	29
	4.2. Risultati dello studio osservazionale.....	31
	5) DISCUSSIONE.....	38
	5.1. Limitazioni.....	40
	6) CONCLUSIONI.....	41
	6.1. Implicazioni per la pratica.....	42
	7) APPENDICE.....	43
	7.1. Scheda di rilevazione.....	43
	7.2. Modulo di consenso informato – professionisti.....	48
	7.3. Modulo di consenso informato – pazienti.....	49
	7.4. Foglio informativo.....	50

7.5. Grafico 8.....	51
7.6. Grafico 9.....	51
8) BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA.....	52

## **I. RIASSUNTO**

La ricerca in letteratura mostra che, indipendentemente dal paese o dal contesto clinico, i terapeuti occupazionali (TO) spesso non affrontano la sfera della sessualità nella pratica clinica. Ciò rappresenta un problema poiché si viene meno al riconoscimento dei bisogni e dei diritti delle persone con disabilità relativi alla sessualità, al riconoscimento della natura occupazionale della sessualità umana e al dovere deontologico di dover tenere in considerazione una visione olistica della persona nella pratica clinica. Dalla letteratura si evince che, almeno in parte, la sottovalutazione di questa tematica è una conseguenza di pregiudizi sociali, per cui parlare di sessualità può mettere a disagio le persone coinvolte in un percorso riabilitativo di TO; ciò vale sia i pazienti che per le figure sanitarie. Dalla letteratura, è emerso che le persone con disabilità senso-motorie sembrano essere la casistica in cui i TO percepiscono maggiormente di poter proporre la loro specificità professionale per migliorare le performance occupazionali inerenti la sfera della sessualità; esistono diversi strumenti di valutazione utili per i TO per indagare la dimensione occupazionale della sessualità dei loro pazienti e non esistono trattamenti di TO in tale ambito specifici e validati, ma sono indicate modalità attraverso cui possono intervenire (come strategie per il posizionamento e l'adattamento di ausili). Lo scopo del presente lavoro è esplorare quali casi clinici e quale metodologia possono essere oggetto di valutazione e trattamento nella sfera della sessualità da parte di un TO, rispettando gli ambiti di intervento di altri professionisti coinvolti nel team riabilitativo. Un obiettivo secondario è capire, attraverso uno studio osservazionale, se, effettivamente, anche in un centro di alta specialità del territorio, come un IRCCS, questo argomento è poco approfondito, in particolare anche dai terapeuti occupazionali. Per eseguire la raccolta dati, è stata costruita una scheda di rilevazione tramite una ricerca in letteratura ed è stata consegnata a 24 professionisti sanitari (5 medici, 10 fisioterapisti, 5 terapeuti occupazionali, 4 psicologi) dell'IRCCS Eugenio Medea – Associazione La Nostra Famiglia di Pieve di Soligo (TV). Tali professionisti hanno compilato la scheda di rilevazione per ogni paziente che prendevano in carico che rientrava nei criteri d'inclusione stabiliti. I criteri di inclusione considerati per i pazienti erano: ogni nuovo caso preso in carico, con qualsiasi tipo di eziopatogenesi, dai 18 anni in su, all'interno di un centro IRCCS, in un periodo di 107 giorni. I pazienti di cui sono stati tenuti in considerazione i dati utili al conseguimento di questo lavoro sono 35. I risultati emersi dalla raccolta dati, in accordo con quanto emerso in letteratura, evidenziano che la sfera della sessualità spesso non è affrontata nella pratica clinica: nel 93 % delle rilevazioni totali e nel 100 % delle rilevazioni dei terapeuti occupazionali non sono stati eseguiti trattamenti inerenti alla sfera della sessualità. In conclusione, considerando che le difficoltà incontrate dai TO nell'affrontare la sfera della sessualità sono legate a molte questioni complesse, sono necessarie ulteriori ricerche per far sì che la sfera della sessualità sia considerata nella pratica clinica di TO.

## II. ABSTRACT

Research shows that regardless of country or clinical setting, occupational therapists (OT) often fail to address the topic of sexuality in clinical practice. This is problematic for several reasons: the sexual needs and rights of those with disabilities, the occupational nature of human sexuality and the deontological duty to provide holistic care are often neglected. It is clear from the literature that a barrier to addressing sexuality may stem from social preconcept. In clinical practice, this may translate to uncomfortable conversations for both the patient and the healthcare provider. From the literature search, it was found that patients with sensory-motor disabilities seem to be a demographic in which OTs perceive they can best use their expertise to improve patient occupational performance in the sphere of sexuality. There are several useful assessment tools for occupational therapists to investigate the occupational dimension of sexuality of their patients. Although there are no specific or validated occupational therapy treatments in this area, there are ways interventions (such as intercourse positioning strategies and adapting aids) that are indicated. The purpose of this paper is to explore clinical cases and methodology that can be the subject of assessment and treatment in the sphere of sexuality by occupational therapists, while respecting the areas of intervention of other professionals involved in the rehabilitation team. A secondary objective of this paper is to understand, through an observational study, if high-specialty center, such as an IRCCS, have also under-explored this topic, specifically occupational therapists. For the observational study, a relevation schedule has been prepared through a literature search. The relevation schedule has been given to 24 healthcare providers (5 clinicians, 10 physiotherapists, 5 occupational therapists, 4 psychologists) who work in IRCCS Eugenio Medea – Associazione La Nostra Famiglia, Pieve di Soligo (TV). Such healthcare providers have compiled the relevation schedule for patients who met the established inclusion criteria. The established inclusion criteria were: every new patient, with every kind of diagnosis, who was over 18 years old, in the context of the IRCCS, in a period of 107 days. There are 35 patients whose data were useful for the achievement of this work.

The results that emerged from the data collection, in accordance with the findings in the literature, show that the sphere of sexuality is often not addressed in the clinical practice: in 93 % of the total surveys and in 100 % of the OTs surveys no treatments concerning the sphere of sexuality were performed.

In conclusion, considering the complex difficulties that occupational therapists meet when assess the sphere of sexuality in clinical practice, there is a need for further research.

## 1) INTRODUZIONE

L'idea di questa tesi nasce da una semplice domanda che mi sono posta un giorno: ma se la terapia occupazionale ha come focus le occupazioni significative di una persona, ha un approccio *client centered* e prevede di considerare tutti gli aspetti di una persona a 360 gradi... perché in questa esperienza universitaria non ho mai sentito parlare di sessualità?

Ecco alcune riflessioni che mi hanno portata a pensare che parte della sfera della sessualità possa essere oggetto della pratica di un terapeuta occupazionale:

- ❖ per me rientra tra le principali occupazioni significative;
- ❖ confrontandomi con i miei pari sull'argomento nel corso della mia crescita ho sempre notato che anche per loro è così;
- ❖ da alcune esperienze (personali e di altre persone a me vicine) di condizioni di salute avverse è emerso il come, tali condizioni di salute avverse, possano influire sulle esperienze sessuali e quanto questo possa ridurre la qualità della vita;
- ❖ fin da subito ho pensato che potesse essere un aspetto della vita importante per tutti (a parte forse le persone con un orientamento asessuale), indipendentemente da età, disabilità o meno, predisposizione a parlarne con serenità o meno, ...

Così, ho iniziato a fare ricerche in merito, pensando potesse essere una buona idea per la mia tesi di laurea.

Questo lavoro ha come obiettivo principale quello di capire se un terapeuta occupazionale può contribuire a migliorare l'autonomia e la partecipazione dei pazienti nella sfera della sessualità, in particolare nelle attività sessuali (intese sia come sesso condiviso con un partner sia come masturbazione), e se sì, in che modo. Un obiettivo secondario di questo lavoro è capire, attraverso uno studio osservazionale, se, effettivamente, anche in un centro di alta specialità del territorio, come un IRCCS, questo argomento è poco approfondito, in particolare anche dai TO.

Nella prima parte teorica sono riportate le informazioni emerse dalla ricerca in letteratura utili al raggiungimento degli obiettivi di tale tesi di laurea.

Nella seconda parte sono esposte le modalità di costruzione della scheda di rilevazione assegnata a diversi professionisti sanitari che hanno partecipato allo studio osservazionale.

Nella terza parte sono riportate le modalità e i risultati emersi dallo studio osservazionale.

## **2) PARTE I**

### **2. 1. Sessualità e salute sessuale**

“La sessualità è un aspetto centrale dell’essere umano lungo tutto l’arco della vita; la sessualità comprende il sesso, l’identità e i ruoli di genere, l’orientamento sessuale, l’erotismo, il piacere, l’intimità e la riproduzione. La sessualità viene vissuta ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, credenze, attitudini, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. Sebbene la sessualità possa includere tutte queste dimensioni, non tutte sono sempre vissute o espresse. La sessualità è influenzata dall’interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, culturali, etici, giuridici, storici, religiosi e spirituali” (World Health Organization, 2006).

Il collegamento tra benessere, qualità della vita e sessualità è stato supportato da una consistente quantità di evidenza empirica (Mc Grath & Sakellariou, 2016).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2006, ha così definito la salute sessuale: “uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità; non riducibile all’assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza. Per far sì che la salute sessuale venga raggiunta e mantenuta, i diritti sessuali di ognuno devono essere rispettati, protetti e soddisfatti” (World Health Organization, 2006).

Dunque, come definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2006, la sessualità favorisce il benessere della persona sia dal punto di vista fisico, che emotivo, mentale e sociale. Ciò si verifica non solo per le persone normotipiche, ma anche per le persone che sperimentano una condizione di malattia, disfunzione o infermità.

Dato che la sessualità contribuisce alla salute e al benessere generali di una persona, si può dedurre che quando una malattia, un infortunio, una condizione o una fase della vita compromettono la salute e il benessere, influenzeranno anche la sessualità e l’intimità (McGrath & Lynch, 2014; Walker et al., 2020; Lepage et al., 2021). Avverse conseguenze psicologiche, fisiologiche e relazionali sono spesso associate alla malattia, infortunio o disabilità e frequentemente si traducono in una diminuzione della soddisfazione, partecipazione e frequenza sessuale (Walker et al., 2020).

## 2.2. Definizione del problema

Vi è un crescente consenso sul fatto che la salute sessuale non può essere garantita e mantenuta senza il rispetto e la protezione di determinati diritti umani, i diritti sessuali. Tali diritti sono costituiti dall'applicazione dei diritti umani sulla sfera della sessualità e della salute sessuale. I diritti sessuali tutelano i diritti di tutte le persone a realizzare ed esprimere la propria sessualità e a godere della salute sessuale, nel dovuto rispetto dei diritti degli altri e in un quadro di protezione contro la discriminazione. Tra di essi sono indicati (World Health Organization, 2006):

- i diritti all'equità e alla non discriminazione;
- i diritti al più alto livello raggiungibile di salute (compresa la salute sessuale) e di sicurezza sociale;
- i diritti all'informazione, così come all'educazione;
- i diritti di libertà di opinione e di espressione.

Considerato che il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo; [...] considerato che gli Stati Membri si sono impegnati a perseguire il rispetto e l'osservanza universale dei diritti umani e delle libertà fondamentali [...] la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani è proclamata come ideale comune da raggiungersi da tutti i popoli e da tutte le Nazioni, al fine che ogni individuo ed ogni organo della società, avendo costantemente presente questa Dichiarazione, si sforzi di promuovere, con l'insegnamento e l'educazione, il rispetto di questi diritti e di queste libertà e di garantirne, mediante misure progressive di carattere nazionale ed internazionale, l'universale ed effettivo riconoscimento e rispetto tanto fra i popoli degli stessi Stati Membri, tanto fra quelli dei territori sottoposti alla loro giurisdizione (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1948).

Il non considerare la sessualità nella pratica clinica di terapia occupazionale 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:

*“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. [...] (Le attività utilizzate dal Terapista Occupazionale) non sono mai proposte a caso, ma selezionate e graduate attentamente secondo i bisogni e desideri del paziente. [...] La Terapia Occupazionale consiste nel prendere in carico (in cura) la persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità*



*dell'individuo. Il recupero, visto dalla terapia occupazionale, non si limita solo alle funzioni compromesse, ma vuole coinvolgere tutti gli aspetti di una persona: il corpo, la mente e la relazione. [...]*

*A.1 Il Terapista Occupazionale nel rapporto con gli utenti deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona. [...]*

*A.3 Il Terapista Occupazionale riconosce la salute nell'accezione più ampia del termine, come condizione di benessere fisico e psichico dell'individuo, e interesse della collettività, e s'impegna a tutelarla, nell'ambito delle proprie competenze professionali e delle proprie conoscenze tecnico-scientifiche, con attività di prevenzione, cura e riabilitazione, promuovendo, attraverso l'educazione, e/o la rieducazione, stili di vita sani, che consentano di mantenere il massimo livello di autonomia funzionale possibile. [...]*

*B.1 Il Terapista Occupazionale ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta, con la stessa, i bisogni. [...]*

*B.8 Il Terapista Occupazionale è impegnato a fornire la miglior qualità della prestazione a tutti i pazienti senza alcuna discriminazione di età, sesso, razza, nazionalità, religione, condizione economica, cultura, livello sociale e tipo di disabilità. [...]*

*D.2 Il Terapista Occupazionale nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. [...]*

*Utilizza tecniche e metodologie di provata efficacia e basate sul ragionamento clinico, ricordando sempre che la peculiarità del proprio intervento si fonda sulla rilevanza della performance occupazionale rispetto al livello di partecipazione e qualità di vita della persona. [...]*

*F.10 L'agire professionale deve essere espressione d'integrità personale, lealtà, affidabilità e apertura mentale, non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali."*

(Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali, 2008).

### **2.3. Dimensione occupazionale della sessualità**

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 terapeuti occupazionali (TO) devono dedicarsi (McGrath & Lynch, 2014; Walker et al., 2020). 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'averne un appuntamento o impegnarsi in un'attività sessuale (Mc Grath & Sakellariou, 2016).

In particolare, l'attività sessuale è definita dall'American Occupational Therapy Association (AOTA) come "Impegnarsi in attività che si traducono in soddisfazione sessuale". L'attività sessuale rientra nelle attività di vita quotidiana (ADL), così definite: "Attività orientate al prendersi cura del proprio corpo. [...] Queste attività sono fondamentali per vivere in un mondo sociale; esse garantiscono la base della sopravvivenza e del benessere" (American Occupational Therapy Association, 2008). L'espressione della sessualità può essere inclusa all'interno dell'area delle performance occupazionali del tempo libero (Penna & Sheehy, 2000). Il comportamento sessuale è considerato all'interno dell'area di performance occupazionale di cura di sé (ibid.).

### **2.4. Sessualità e Terapia Occupazionale a confronto: la realtà attuale**

Nonostante il riconoscimento dei bisogni e dei diritti delle persone con disabilità relativi alla sessualità e il riconoscimento della natura occupazionale della sessualità umana, la letteratura scientifica mostra che indipendentemente dal paese o dal contesto clinico, i terapeuti occupazionali spesso non affrontano tale argomento nella pratica clinica (McGrath & Lynch, 2014; O'Mullan et al., 2021; Lepage et al., 2021; Walker et al., 2019; Penna & Sheehy, 2000; Young et al., 2020).

La maggior parte dei professionisti sanitari – inclusi i terapeuti occupazionali – non includono in maniera sistematica le discussioni sulla sessualità con i loro pazienti con disabilità fisiche, anche se riconoscono i loro bisogni sessuali (Young et al., 2020; Lepage et al., 2021). A questo proposito, in uno studio quantitativo è emerso che la maggior parte degli operatori sanitari convengono che le questioni relative alla sessualità dovrebbero essere affrontate con i pazienti tenendo in considerazione una visione olistica della persona (ibid.). Tuttavia, in una percentuale ancora più alta, i professionisti sanitari hanno affermato di essere riluttanti a discutere di problemi di sessualità con i loro pazienti (ibid.). Vi è quindi un netto divario tra l'ideologia professionale e la pratica (ibid.). Considerando che la maggior parte dei professionisti sanitari potrebbero contribuire al miglioramento della

partecipazione alla sessualità delle persone con disabilità fisiche, questo divario tra le loro percezioni e la loro pratica è ancora maggiormente allarmante poiché suggerisce che tali professionisti non considerano la riabilitazione interdisciplinare delle difficoltà sessuali (Lepage et al., 2021).

Nella realtà italiana da giugno 2021 l'associazione di volontariato "Vieni al Punto!" ha avviato una sperimentazione con i seguenti obiettivi:

- favorire il raggiungimento del maggior livello di soddisfazione sessuale possibile di due persone con disabilità neuromotoria, attraverso l'integrazione di diverse competenze di uno staff multidisciplinare (composto da una psicologa, una sessuologa e due terapisti occupazionali) e con l'adattamento di ausili;
- accrescere la consapevolezza riguardo la propria immagine corporea e i propri bisogni emotivi e sessuali.

(<https://www.aito.it/content/webinar>)

Nel corso del presente studio verranno riportati esempi delle modalità di lavoro di tale associazione, al fine di fornire indicazioni pragmatiche per l'operatività sulla base di esperienze concrete.

Il primo obiettivo di questo lavoro è capire, attraverso la letteratura, con quali casi clinici e con quale metodologia un terapeuta occupazionale può eseguire valutazioni e trattamenti nella sfera della sessualità. In particolare, per quanto riguarda le specifiche attività che facilitano o rendono possibile il vissuto e la manifestazione della sessualità, rispettando gli ambiti di intervento di altri professionisti coinvolti nel team riabilitativo.

Il secondo obiettivo di questo lavoro è capire se, effettivamente, anche in un centro di alta specialità del territorio, come un IRCCS (dedicato alle persone che hanno subito lesioni cerebrali acquisite e che comprende un team multiprofessionale), questo argomento è poco approfondito, in particolare anche dai TO.

Se questa ipotesi viene confermata, un ulteriore obiettivo di questo lavoro sarà formulare dei suggerimenti di interventi di terapia occupazionale nella sfera della sessualità.

Considerando tali premesse, è stata eseguita una ricerca bibliografica in letteratura con l'obiettivo di comprendere diversi aspetti utili alla realizzazione di questo lavoro:

- capire quali problematiche ostacolano il considerare la dimensione occupazionale della sessualità nella pratica clinica di TO;
- se esistono delle modalità per affrontare e superare i problemi che impediscono alle persone coinvolte nel processo riabilitativo di considerare la sfera della sessualità;

- con quali casi clinici un terapeuta occupazionale può applicare la sua specificità professionale per migliorare le performance inerenti alla sfera della sessualità del paziente;
- se esistono strumenti di valutazione utili per i terapisti occupazionali per comprendere le difficoltà dei pazienti e per valutare gli esiti dell'eventuale trattamento;
- se esistono trattamenti di terapia occupazionale specifici e validati con l'obiettivo di migliorare le performance sessuali dei pazienti;
- se esistono ausili mirati al miglioramento delle performance sessuali di persone con disabilità;
- quali sono i confini dell'intervento delle diverse figure professionali coinvolte in un team riabilitativo, per comprendere al meglio la specificità del terapeuta occupazionale nella sfera della sessualità.

Considerando questi aspetti emersi dalla ricerca in letteratura, nella Parte II di questa ricerca verrà indagato se esistono delle schede di rilevazione dati consone al raggiungimento di un obiettivo del presente studio, ovvero capire se, effettivamente, anche in un centro di alta specialità del territorio, come un IRCCS, questo argomento è poco approfondito, in particolare anche dai TO.

Di seguito sono presentati i risultati raccolti dalla ricerca bibliografica in letteratura.

#### 2.4.1. Aspetti che ostacolano il considerare la sessualità nella pratica di TO

Nonostante il riconoscimento dei bisogni e dei diritti delle persone con disabilità relativi alla sessualità e il riconoscimento della natura occupazionale della sessualità umana, la ricerca mostra che indipendentemente dal paese o dal contesto clinico, i terapisti occupazionali spesso non affrontano tale argomento nella pratica clinica (McGrath & Lynch, 2014; O'Mullan et al., 2021; Lepage et al., 2021; Walker et al., 2019; Penna & Sheehy, 2000).

La maggior parte di questa riluttanza può essere ricondotta a pregiudizi sociali che limitano il diritto alla sessualità ad un ideale di relazioni tra giovani adulti, eterosessuali, monogami e sani, le quali sono focalizzate sulla centralità dei genitali nel rapporto e sulla riproduzione (Mc Grath & Sakellariou, 2016; Young et al., 2020). Tali pregiudizi presuppongono dunque un'unica idea normalizzata della sessualità, non tenendo conto della diversità e della ricchezza della sessualità umana (Mc Grath & Sakellariou, 2016). Conseguentemente, i terapisti occupazionali non considerano la sessualità di coloro che non rientrano in tale modello (Mc Grath & Sakellariou, 2016; McGrath & Lynch, 2014; Young et al., 2020).

Tra i professionisti sanitari (inclusi i terapisti occupazionali) vi è la percezione che la sessualità non sia rilevante per le persone con disabilità fisiche (Lepage et al., 2021).

Frequentemente si presuppone che le persone più anziane siano assimilabili a chi ha un orientamento asessuale, oppure non abbiano desiderio di esprimere la loro sessualità (McGrath & Lynch, 2014). Anzi, spesso si pensa alla sessualità delle persone anziane in chiave umoristica (ibid.). Gli anziani che si discostano dagli stereotipi di asessualità è possibile che siano percepiti in qualche modo “deviati” (ibid.).

Nella terapia occupazionale, tale situazione è inoltre influenzata da valori professionali che si fondano su una visione del mondo della classe media, che privilegia alcune occupazioni piuttosto di altre, e in cui attività sessuali e sessualità sono limitate ad un dominio privato e rimangono nascoste (Mc Grath & Sakellariou, 2016; O’Mullan et al., 2021). È stato notato che i terapisti occupazionali spesso privilegiano e promuovono altre occupazioni inerenti alla cura di sé e la produttività, e così facendo escludono preoccupazioni relative ad altre occupazioni dalla pratica professionale (Mc Grath & Sakellariou, 2016). Oggigiorno, quando il considerare la produttività di una persona è fondamentale nella pratica clinica, non vi è tempo per tenere in considerazione le attività sessuali (Hattjar, 2012: pag. 3; Lepage et al., 2021).

Dalla ricerca in letteratura sono emerse altre spiegazioni in merito a cosa impedisce ai terapisti occupazionali di considerare la dimensione occupazionale della sessualità nella loro pratica clinica:

- la percepita mancanza, da parte dei terapisti occupazionali, di conoscenze e preparazione a riguardo (Mc Grath & Sakellariou, 2016; Hattjar, 2012: pag. 3; McGrath & Lynch, 2014; Lepage et al., 2021; Walker et al., 2019; Penna & Sheehy, 2000; Young et al., 2020); e questo si traduce in sentire di rischiare di superare il proprio limite di competenza professionale (Lepage et al., 2021);
- in particolare, la percepita mancanza, da parte dei terapisti occupazionali, di fiducia in sé stessi e competenza su come far emergere, introdurre l’argomento della sessualità (McGrath & Lynch, 2014; Lepage et al., 2021);
- le preoccupazioni riguardo i rischi dei TO: meglio evitare il transfert erotico (Mc Grath & Sakellariou, 2016; Penna & Sheehy, 2000);
- il bisogno sociale di discrezione, per quanto riguarda le discussioni inerenti alla sessualità, sembra influenzare direttamente i tentativi dei TO nell’includere la sessualità come parte dei servizi riabilitativi (McGrath & Lynch, 2014). I terapisti occupazionali e gli altri professionisti sanitari che non avviano conversazioni sulla sessualità stanno semplicemente rispondendo coerentemente al contesto culturale locale in cui raramente si parla di sessualità (ibid.). I terapisti occupazionali intervistati in uno studio condotto da McGrath & Lynch nel 2014, hanno parlato della possibilità di danneggiare la loro reputazione professionale se avessero iniziato a considerare la sessualità in riabilitazione (ibid.);

- la paura di offendere, far arrabbiare, creare ansia o imbarazzo nei confronti del paziente (McGrath & Sakellariou, 2016; McGrath & Lynch, 2014; Walker et al. 2019; Walker et al., 2020);
- la supposizione che se ne occupi un'altra disciplina sanitaria (Hattjar, 2012: pag. 3; Lepage et al., 2021);
- le incertezze riguardo la natura occupazionale della sessualità (O'Mullan et al., 2021);
- i modelli di TO più popolari omettono le attività sessuali e la sessualità, dunque i TO sono raramente incoraggiati a discuterne nella pratica clinica (O'Mullan et al., 2021; McGrath & Lynch, 2014; Penna & Sheehy, 2000);
- la mancanza della disponibilità di un team multiprofessionale nel fornire supporto e competenze aggiuntive nell'affrontare la sessualità (McGrath & Lynch, 2014; Lepage et al., 2021);
- la percezione che la sessualità non sia immediatamente rilevante nella pratica clinica, e che i focus riabilitativi dei terapisti occupazionali debbano essere altri (McGrath & Lynch, 2014);
- il lavorare in terapia intensiva o in reparti di riabilitazione dove accedono pazienti ricoverati piuttosto che lavorare in centri ambulatoriali (Lepage et al., 2021);
- il credere che bisognerebbe lasciare che siano i pazienti ad iniziare a parlarne (Penna & Sheehy, 2000);
- il fatto che il paziente abbia elementi d'identità diversi dal terapeuta occupazionale (età, genere, cultura, lingua) (Lepage et al., 2021);
- le difficoltà cognitive del paziente (ibid.);
- i deficit nelle capacità d'inibizione del paziente: vi è la paura di dover costantemente rifocalizzare il paziente disinibito (ibid.). I terapisti occupazionali potrebbero astenersi dall'affrontare l'argomento della sessualità per paura che i pazienti disinibiti possano interpretare erroneamente tali interventi come avance sessuali (ibid.);
- il fatto che il paziente presenti complessi fattori psicosociali, come esperienze di abuso o negative situazioni sociali (ad esempio dinamiche di coppia problematiche); o la sua comorbidità con un disturbo psichiatrico (ibid.);
- la presenza di un'altra persona, come un familiare o un traduttore (ibid.). I TO sarebbero significativamente meno propensi a parlare di sessualità in un contesto in cui non sono soli con il loro paziente, poiché tale contesto non incoraggerebbe confidenze, soprattutto considerando che potrebbe essere necessario, per alcune informazioni, rimanere confidenziali (ibid.);
- la possibilità che si crei uno "shock di valori", che metterebbe il terapeuta occupazionale direttamente in difficoltà rispetto a i suoi valori personali e professionali (ibid.);
- l'eseguire interventi di gruppo piuttosto che individuali (ibid.);

- il disagio e l'imbarazzo nel parlarne (Hattjar, 2012: pag. 3; Walker et al., 2019; O'Mullan et al., 2021);

La ricerca mostra che, anche se molte persone con disabilità apprezzerebbero l'opportunità di discutere in merito a preoccupazioni inerenti la sfera della sessualità con gli operatori sanitari, frequentemente percepiscono disagio nell'esprimere tali preoccupazioni a causa dei prevalenti pregiudizi sociali riguardo sessualità e disabilità (Mc Grath & Sakellariou, 2016; Walker et al., 2020). Si riscontra una riluttanza da parte delle persone più anziane a cercare modalità per esprimere la propria sessualità in conseguenza di menomazioni fisiche o psicologiche (McGrath & Lynch, 2014);

Anche nei pazienti si manifesta un'interiorizzazione delle generali attitudini sociali che confinano sessualità e attività sessuali a giovani adulti sani (McGrath & Lynch, 2014; Walker et al., 2020);

I terapisti occupazionali che hanno partecipato ad uno studio condotto da McGrath & Lynch nel 2014, hanno notato che, per alcuni anziani cresciuti in Irlanda negli ultimi anni del ventesimo secolo, la sessualità può essere stata associata a credenze e pratiche che hanno fornito limitate opportunità per le persone ad esprimere la sessualità al di fuori di un matrimonio eterosessuale (McGrath & Lynch, 2014). Ciò è stato identificato dai partecipanti come un'importante considerazione quando si lavora con le persone anziane in Irlanda e alcuni TO hanno riferito il fatto che, per gli anziani cresciuti in una società irlandese particolarmente conservatrice, la sessualità è potenzialmente associata ad esperienze negative tra cui oppressione sessuale, abuso sessuale e violenza sessuale (ibid.).

Le credenze profondamente stabilizzate nel pensiero socio-culturale hanno creato delle barriere significative per le persone con disabilità nell'esplorare la loro sessualità (Esmail et al., 2010; Walker et al., 2020). Le scelte che noi e gli altri compiamo riguardo certe tematiche delicate, come la sessualità, hanno un profondo impatto, immediato e duraturo, nelle nostre vite (Neufeld et al., 2002). Il modo in cui scegliamo di rispondere a preoccupazioni inerenti sessualità e disabilità è profondamente collegato a ciò che crediamo e valorizziamo (ibid.). Le nostre visioni riguardo sessualità e disabilità sono significativamente influenzate dalla società (ibid.). Le persone con disabilità sono raramente raffigurate come individui con interessi e bisogni sessuali nei media popolari (ibid.). Ciò ci dà l'impressione che non dovrebbero fare parte della nostra "vita quotidiana", che include il romanticismo, l'intimità, la sessualità e la genitorialità (ibid.). L'analisi di sessualità e disabilità mostra che le barriere socio-culturali sono più disabilitanti della menomazione fisica in sé (Esmail et al., 2010). Ciò si basa sulla prevalente credenza sociale che le persone con disabilità siano persone senza accesso alla sfera sessuale (ibid.).

Gli individui sono costantemente inondati da immagini di ciò che la società considera bello e desiderabile (ibid.). Quando un individuo interiorizza stigma e attitudini negative riguardo la sua

sessualità e disabilità, può manifestare una svalutazione dell'immagine di sé, dell'autostima e della soddisfazione sessuale, una perdita di ruolo e depressione (Esmail et al., 2010; Walker et al., 2020).

Piuttosto che sentirsi in imbarazzo o offesi, i pazienti apprezzerebbero l'opportunità di parlare di preoccupazioni rispetto alla salute sessuale con i professionisti sanitari (McGrath & Lynch, 2014). 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 (Esmail et al., 2010; Walker et al., 2020).

#### 2.4.2. Modalità per affrontare tali problematiche

La maggior parte degli studi effettuati su terapia occupazionale e sessualità, si riferiscono principalmente alla risoluzione di una sola necessità, ovvero una formazione aggiuntiva per i terapisti occupazionali (Lepage et al., 2021). In uno studio effettuato da Lepage et al. nel 2021, gli autori si sono chiesti se una formazione aggiuntiva possa essere l'unica soluzione e, in caso affermativo, su cosa i terapisti occupazionali devono essere formati (ibid.). Considerando che le difficoltà incontrate dai terapisti occupazionali nell'affrontare la sessualità sembrano essere legate ad origini più complesse che avrebbero bisogno di un approccio multicomponente e multiprofessionale, tali autori si sono inoltre chiesti se una prioritizzazione dei principali fattori che influenzano le pratiche cliniche di TO nell'affrontare la sfera della sessualità può portare ad una migliore comprensione della situazione e ad una progettazione di soluzioni più efficiente (ibid.). I terapisti occupazionali intervistati in questo studio lavoravano in un contesto riabilitativo ambulatoriale per pazienti con disabilità fisiche (ibid.).

Di seguito sono presentati i bisogni espressi dai partecipanti a tale studio per affrontare i fattori che influenzano negativamente l'affrontare la sessualità nella pratica clinica di TO (ibid.).

- I partecipanti hanno menzionato il bisogno di comprendere meglio i ruoli e le limitazioni degli altri professionisti nella sfera della sessualità. Dunque, linee guida che descrivano chiaramente i ruoli e le responsabilità di ciascuna professione rispetto alla sessualità sarebbero un facilitatore per i terapisti occupazionali.
- L'uso di una valutazione iniziale che comprenda una sezione sulla sessualità è stato considerato un fattore d'influenza prevalentemente positivo, in quanto funge da promemoria per considerare le abitudini sessuali dei pazienti. Diverse modalità indirette sono state proposte dai professionisti sanitari per facilitare l'inizio delle discussioni sulla sessualità, come spiegare ai pazienti che è comune osservare conseguenze sulla sessualità in seguito a diagnosi ed assunzione di farmaci, o parlare di relazioni in generale.



- I partecipanti hanno menzionato la necessità di essere consapevoli dell'esistenza e di avere accesso a strumenti per la valutazione e l'intervento nella sfera della sessualità, con il fine di facilitare il loro processo riabilitativo. In effetti, questo team di terapisti occupazionali, supportato dai dirigenti dell'azienda, ha avviato la creazione di un documento sulla sessualità che identifichi gli strumenti d'intervento di terapia occupazionale sulla sessualità diagnosi-specifico. In questo modo, la proattività di tale team e il supporto dei dirigenti hanno dimostrato che possono compensare, almeno in parte, alla mancanza di risorse specializzate sulla sessualità.
- I terapisti occupazionali hanno anche citato il bisogno di migliorare e sistematizzare le comunicazioni all'interno del team multiprofessionale per quanto riguarda la sessualità dei pazienti. Da un lato, per non far replicare l'approfondimento di tale argomento e mettere potenzialmente in imbarazzo il paziente facendogli più volte la stessa domanda con diversi operatori; dall'altro lato, per assicurarsi che l'argomento sia affrontato e che le informazioni siano condivise con i membri del team multiprofessionale. Se i terapisti occupazionali vogliono approcciarsi alla sfera della sessualità, i meccanismi di comunicazione (all'interno del team multiprofessionale) devono essere ottimizzati. Ciò non richiede cambiamenti solo nella pratica del terapeuta occupazionale ma anche nelle pratiche interprofessionali, ad esempio una sezione della cartella clinica del cliente.
- I partecipanti allo studio di Lepage et al. hanno espresso il bisogno di risorse di sessuologia e di poter chiedere informazioni ad un consulente sessuale quando ritenuto necessario. Avendo accesso a risorse specializzate, i terapisti occupazionali si sentirebbero sicuramente più a loro agio nell'iniziare questo argomento e offrire il loro servizio per soddisfare, almeno in parte, le esigenze dei loro clienti; sapendo che loro, in quanto TO, possono fornire indicazioni in specializzazioni complementari, applicando così meglio la loro visione olistica e la pratica centrata sul cliente.
- È stato espresso il bisogno di risorse per i pazienti appartenenti alla comunità "lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e altro" (LGBT+): esistono molte risorse riguardo le relazioni eterosessuali, ma quando si incontra una persona che non rientra nel "tipico modello di paziente" è molto difficile trovare risorse valide.
- Sul piano degli interventi pratici, vi è la necessità di poter proporre una riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con dolore perineale. Un partecipante all'indagine di Lepage et al. ha riferito: "Vi sono molti casi con dolore interno. Dolore durante la penetrazione, per esempio. (...) Ci sentiamo inutili sotto questo punto di vista, perché i pazienti devono poi cercare aiuto in un settore privato (...). In questo centro di riabilitazione ci sono i fisioterapisti che stanno cercando di poter proporre una riabilitazione del pavimento pelvico, ma è da anni che stanno attendendo l'autorizzazione a poterlo fare."

- La percezione del livello di competenza dei terapisti occupazionali è un fattore che influisce sulla pratica di TO in relazione alla sessualità. Ciò ha portato i TO a riconoscere i loro limiti di capacità cliniche nella sessualità, e si sono rivolti ad altri professionisti sanitari secondo necessità. Infatti, quando i TO hanno ritenuto che i problemi sollevati dai loro pazienti fossero di natura psicosociale o medica, tendevano ad indirizzarli verso un sessuologo o ad un medico. Situazioni legate a relazioni interpersonali, relazioni sessuali, immagine corporea, autostima e identità di genere sono state identificate come aree che superano i livelli di competenza dei terapisti occupazionali che hanno partecipato allo studio.
- Le lacune in una formazione sessuale hanno causato nei terapisti occupazionali la sensazione di non essere sufficientemente preparati e a loro agio nell'effettuare interventi inerenti alla sessualità nella loro pratica quotidiana. La competenza rispetto a diverse modalità d'intervento, come il posizionamento, la conservazione dell'energia, la pianificazione, la semplificazione del compito e la gestione del dolore, sono state frequentemente menzionate dai TO come mezzi che hanno contribuito ad influenzare positivamente il loro considerare la sessualità nella pratica clinica.

(ibid.)

Sensibilizzare la sessualità in una visione olistica della stessa è stato ritenuto un aspetto fondamentale, e un primo passo, per facilitare l'affrontare tale tematica nella pratica clinica (O'Mullan et al., 2021).

### 2.4.3. Casi clinici

I terapisti occupazionali che hanno partecipato allo studio effettuato da Lepage et al. nel 2021 hanno definitivamente confermato che percepivano di avere un ruolo nell'affrontare problemi sessuali con i loro pazienti, specialmente nel contesto di difficoltà sensomotorie (Lepage et al., 2021). Le limitazioni fisiche o le risposte fisiologiche alterate che coinvolgono i muscoli e le funzioni di movimento limitano la partecipazione nelle attività sessuali e possono contribuire ad un declino della libido, delle funzioni genitali, della performance sessuale, dell'orgasmo e della soddisfazione. (Walker et al., 2020).

I pazienti che hanno avuto un trauma cranico presentano spesso difficoltà motorie e cognitive per cui è richiesta terapia occupazionale (Hattjar, 2012: pag. 136). Un trauma cranico può influire anche sulla sessualità di una persona, i terapisti occupazionali dovrebbero essere sensibilizzati al potente impatto di un trauma cranico sull'intimità, e dovrebbero essere preparati ad integrare difficoltà sessuali nella riabilitazione (ibid.).

Anche soffrire di un ictus cambia la sfera della sessualità del paziente, e anche quella del suo o della sua partner (Hattjar, 2012: pag. 169). Le posizioni assunte durante l'atto sessuale potrebbero essere

dolorose da raggiungere e da mantenere (ibid.). Limitazioni nel “*Range Of Motion*” (ROM) e nel tono muscolare e debolezza possono rendere impossibili alcune posizioni come posizioni “a quattro zampe” che richiedono forza ed equilibrio significativi per stabilizzarsi in una situazione dinamica (ibid.). I cambiamenti della personalità possono influenzare le reazioni emotive del partner (ibid.). Cambiamenti percettivi e cognitivi possono manifestarsi in un approccio disorganizzato a tale compito (ibid.). In diversi contesti clinici, i terapeuti occupazionali potrebbero avere l’opportunità di affrontare discorsi sulle attività sessuali con i pazienti con ictus (ibid.).

Le difficoltà motorie riscontrate solitamente da una persona con artrite reumatoide nell’impegnarsi in attività sessuali riguardano dolore diffuso e/o specifico di un’articolazione, scomfort e gonfiore e rigidità articolari (Hattjar, 2012: pag. 17). Le attività sessuali richiedono una grande componente di abilità motorie (Hattjar, 2012: pag. 21). I terapeuti occupazionali, nel considerare la sfera della sessualità dei pazienti con artrite reumatoide, potrebbero valutare come il ROM, la tipologia e la forza delle prese, l’equilibrio, la gestione della fatica e il dolore influenzano le performance inerenti alla sfera della sessualità (ibid.). I terapeuti occupazionali possono, per esempio, fornire a questa tipologia di pazienti indicazioni sull’economia articolare (utilizzare le articolazioni in modo da evitare stress eccessivo) (Hattjar, 2012: pag. 22).

Per quanto riguarda i pazienti mielolesi, i terapeuti occupazionali possono, per esempio, suggerire metodi alternativi per permettere al paziente di stimolarsi le zone erogene in autonomia, come utilizzare un vibratore direttamente con le mani o tramite una fascia che lo tiene adeso alla mano (Hattjar, 2012: pag. 100).

I terapeuti occupazionali possono suggerire a questa tipologia di pazienti di esplorare posizioni negli atti sessuali alternative, per esempio, la posizione “a cucchiaio” può ridurre il dolore spesso provato dalle donne mielolese durante la penetrazione (Hattjar, 2012: pag. 101). Le attività sessuali possono ridurre il dolore riportato da pazienti con lesione spinale, a causa della partecipazione in un’attività piacevole a cui viene reindirizzata l’attenzione (Hattjar, 2012: pag. 97).

#### 2.4.4. Strumenti di valutazione

Vi è la necessità di sviluppare strumenti per supportare la pratica clinica di TO e per superare le molte barriere incontrate dai terapeuti occupazionali riguardo il dominio della sessualità (Lepage et al., 2021).

La professione della terapia occupazionale necessita di un *framework* che guidi la comprensione della natura occupazionale della sessualità e dell’intimità, la valutazione, la strutturazione dell’intervento e la misurazione degli esiti in tale ambito (Walker et al., 2020). In uno studio del 2020, Walker et al. hanno posto gli obiettivi di definire la natura occupazionale della sessualità e dell’intimità e di

sviluppare uno strumento di valutazione teorico, *occupation-based*, in grado di misurare le performance e con le caratteristiche di un'approfondita autovalutazione (ibid.).

È stato sviluppato l'Occupational Therapy Sexual Assessment Framework (OTSAF), per definire la natura occupazionale della sessualità e dell'intimità (si veda Tabella 1). Si fonda sui principi del Sexual Assessment Framework (SAF) intrecciati agli aspetti del dominio della terapia occupazionale e ha guidato lo sviluppo della costruzione dello strumento di valutazione, l'Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI) (ibid.).

Il SAF è stato sviluppato dal dr. Szasz per guidare la valutazione della salute sessuale degli individui con disabilità (ibid.). Il SAF si basa su 7 temi comuni sintetizzati da centinaia di criticità rilevate in ampie interviste eseguite negli anni '70 a individui e coppie riguardo l'impatto della disabilità sulla salute sessuale (ibid.). I principi esposti nel SAF sono: la conoscenza sessuale, l'autovisione sessuale, il comportamento sessuale, l'interesse sessuale, l'attività sessuale, la risposta sessuale, la fertilità e la contraccezione (ibid.).

Nella costruzione dell'OTSAF sono stati modificati 3 principi del SAF per rispecchiare al meglio i principi di terapia occupazionale (ibid.). In particolare, il principio "comportamento sessuale" è stato rinominato "intimità" e il principio "fertilità e contraccezione" è stato rinominato "salute sessuale e pianificazione familiare" (ibid.). Il principio "autovisione sessuale" è stato suddiviso in "autovisione sessuale" ed "espressione sessuale" (ibid.).

**Tabella 1**

<i>Principi e definizioni dell'Occupational Therapy Sexual Assessment Framework (OTSAF)</i>	
<i>Principi</i>	<i>Definizioni</i>
Conoscenza sessuale	Ciò che una persona conosce, capisce, crede e valorizza riguardo sessualità e intimità.
Attività sessuale	L'abilità di una persona di impegnarsi, in sicurezza, in attività sessuali e/o intime (da sola o con un'altra persona). Le attività sessuali possono includere l'abbracciare, il baciare, i preliminari, la masturbazione, il sesso orale, il sesso anale, il sesso vaginale e l'uso di sex toys o altri strumenti.
Interesse sessuale	La spinta psicologica e fisiologica, la motivazione, il desiderio o la libido di una persona legati alla partecipazione ad attività sessuali da soli o con un'altra persona.

Risposta sessuale	La reazione sessuale fisica associata all'attività sessuale, inclusa l'eccitazione fisiologica e la risposta delle zone erogene: l'erezione dei capezzoli, l'erezione del clitoride, l'erezione del pene, la lubrificazione vaginale, la sensibilità della prostata, l'eiaculazione e/o l'orgasmo.
Espressione sessuale	La capacità di una persona di esprimersi come un individuo con interessi e bisogni sessuali. Una persona può esprimere la sua sessualità attraverso comportamenti, manierismi, preferenze, aspetto, pronomi, impegno politico, tendenze acquisite, routine quotidiane, azioni simboliche o ruoli preferiti.
Autovisione sessuale	Il modo in cui una persona vede sé stessa come individuo con interessi e bisogni sessuali. Include aspetti di identità sessuale, identità di genere (femmina, maschio, altro), orientamento sessuale, autostima sessuale (il comfort e la confidenza di una persona riguardo il come si vede come individuo sessuale) e immagine corporea (rappresentazione mentale di come una persona si vede).
Intimità	La capacità di una persona di iniziare e mantenere strette relazioni intime, che includono la capacità di dare e ricevere affetto, necessaria per interagire con successo nel ruolo di partner intimo.
Salute sessuale	L'abilità di una persona di sviluppare, gestire e mantenere routine per la salute sessuale, compreso il sesso sicuro.
Pianificazione familiare	L'abilità di una persona di sviluppare, gestire e mantenere routine associate a fertilità, gravidanza e genitorialità.

(ibid.).

L'OTSAF può essere utilizzato come modello teorico che guidi l'affrontare la sfera della sessualità di una persona nella pratica clinica quotidiana, per sviluppare interventi *client-centered* e per una formazione continua (ibid.).

L'OPISI include un'approfondita autovalutazione e una misura individualizzata per stabilire le baseline delle performance e rilevare il cambiamento percepito dal paziente nelle capacità, nella soddisfazione, nella comprensione e nella fiducia nelle abilità e capacità di migliorare le performance associate a sessualità e disabilità nel tempo (ibid.). L'OPISI include strumenti teorici e *occupation-based* per valutare e rivalutare adeguatamente le performance relative alla complessa natura occupazionale di sessualità e intimità (ibid.).

Quando si tratta la sfera della sessualità di un paziente, l'OPISI propone di procedere nel ragionamento clinico secondo le seguenti modalità (ibid.):

- ✓ l'obiettivo della prima fase valutativa è quello di assicurarsi che, per il paziente, l'argomento della sessualità sia appropriato e accettabile da affrontare durante il percorso di terapia occupazionale (“*permission*”);
- ✓ si procede con un'autovalutazione approfondita, progettata per fornire una maggiore comprensione dei fattori del paziente che influenzano le performance occupazionali associate a intimità e sessualità. Il terapeuta occupazionale chiede al paziente di valutare ciascuno dei principi dell'OTSAP in base alla sua condizione attuale o alle sue circostanze di vita su una scala da 1 (nessuna capacità, soddisfazione, comprensione o fiducia) a 10 (massima capacità, soddisfazione, comprensione o fiducia);
- ✓ per quanto riguarda i principi dell'OTSAP in cui il paziente manifesta preoccupazioni, i terapisti occupazionali possono lavorare con il paziente per sviluppare obiettivi, pianificare interventi e/o fare i necessari rinvii ad altri professionisti;
- ✓ nella fase di rivalutazione, la misura della performance per ciascun principio rilevante viene ri-somministrata per determinare se l'intervento è stato efficace o se deve essere modificato.

(ibid.)

Poiché non è agevole o conveniente valutare in un setting clinico le performance occupazionali relative alla sessualità ed intimità per questioni etiche, di privacy, di ecologicità e di eccessiva invasività, un'autovalutazione della performance è la modalità di valutazione più semplice o accessibile (ibid.).

È necessaria una convalida formale prima di utilizzare l'OPISI nella pratica clinica (ibid.).

In letteratura, in passato, sono emersi diversi altri questionari che possono essere utilizzati dai professionisti sanitari per valutare e rivalutare diversi aspetti inerenti alla sfera della sessualità dei pazienti, basandosi sulle percezioni dei pazienti a riguardo (Arrington et al., 2004). In uno studio condotto da Arrington et al. nel 2004, gli autori si sono posti l'obiettivo di identificare i questionari esistenti, capire quali particolari aspetti della sessualità valutano, e in quale popolazione possono essere più utili (ibid.).

#### 2.4.5. Interventi

Dalla ricerca in letteratura non sono emersi interventi di terapia occupazionale inerenti alla sfera della sessualità specifici e validati. Sono emerse però indicazioni generali sul come possono essere gestiti, di seguito presentate.

I risultati ottenuti da Lepage et al. nel 2021, coerentemente con studi precedenti, hanno mostrato che i terapeuti occupazionali sono più a loro agio nell'intervenire su aspetti più tecnici dell'attività sessuale e della sessualità, come il posizionamento o gli adattamenti, piuttosto che intervenire su complessi aspetti personali ed emotivi (Lepage et al., 2021). Per esempio, un terapeuta occupazionale potrebbe intervenire sulle competenze di un cliente con difficoltà motorie per facilitare il modo di indossare il preservativo (ibid.).

Insegnare cosa si intende per "sesso sicuro" è stata identificata come una legittima area di intervento anche per i terapeuti occupazionali, con gruppi di pazienti che sono ad alto rischio di contrarre l'HIV (Penna & Sheehy, 2000). In questi gruppi sono incluse persone con disturbi psichiatrici acuti e cronici (ibid.).

Promuovere la salute sessuale per assicurare un sicuro comportamento sessuale (ad esempio protezione e contraccezione) è stato riportato in letteratura come legittima area di intervento anche per i terapeuti occupazionali (Lepage et al., 2021).

Di seguito viene riportato - al fine di fornire indicazioni pragmatiche per l'operatività sulla base di esperienze concrete - un esempio di presa in carico di un paziente da parte di un terapeuta occupazionale che sta partecipando alla sperimentazione di "Vieni al Punto!", in cui viene affrontato il tema della sessualità. (<https://www.aito.it/content/webinar>).

VALUTAZIONE INIZIALE CASO P.: intervista, somministrazione COPM, definizione degli obiettivi ("Fare autoerotismo") (<https://www.aito.it/content/webinar>).

<i>Risultati COPM valutazione iniziale ("Fare autoerotismo")</i>	
PERFORMANCE	1
SODDISFAZIONE	1

(<https://www.aito.it/content/webinar>).

<i>Barriere e risorse emerse dalla valutazione di P</i>	
BARRIERE	RISORSE
Deficit di prensione manuale > mano sx;	Buon grado di collaborazione e livello cognitivo;
Limitazione ROM articolare agli arti superiori e inferiori e motilità globale ridotta;	Presenza bimanuale;
Impossibilità ai trasferimenti in autonomia;	Carrozzina con basculamento;
Limitata esperienza nell'auto-erotismo;	Predisposizione alle modifiche ambientali.
Difficoltà ad allineare la postura in carrozzina;	
Difficoltà di s/vestizione della parte inferiore del corpo (boxer e pantaloni) in autonomia.	

(<https://www.aito.it/content/webinar>).

#### INTERVENTO CASO P.:

- individuazione e adattamento di un sex toy con materiale termoplastico;
- adattamento del contenitore di lubrificante;
- individuazione di adattamenti per la s/vestizione della parte inferiore del corpo (boxer con foro anteriore, pantaloni con apertura a velcro);
- strategie per migliorare l'auto-allineamento della postura in carrozzina sfruttando leve corporee e basculamento.

(<https://www.aito.it/content/webinar>).

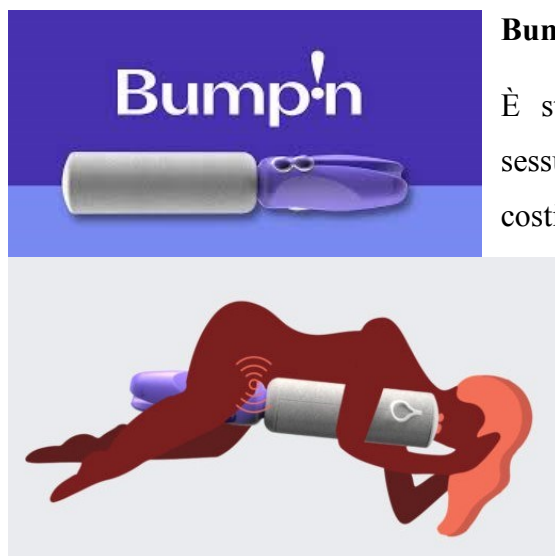
<i>Risultati COPM valutazione finale ("Fare autoerotismo")</i>	
PERFORMANCE	10
SODDIFAZIONE	7

(<https://www.aito.it/content/webinar>).



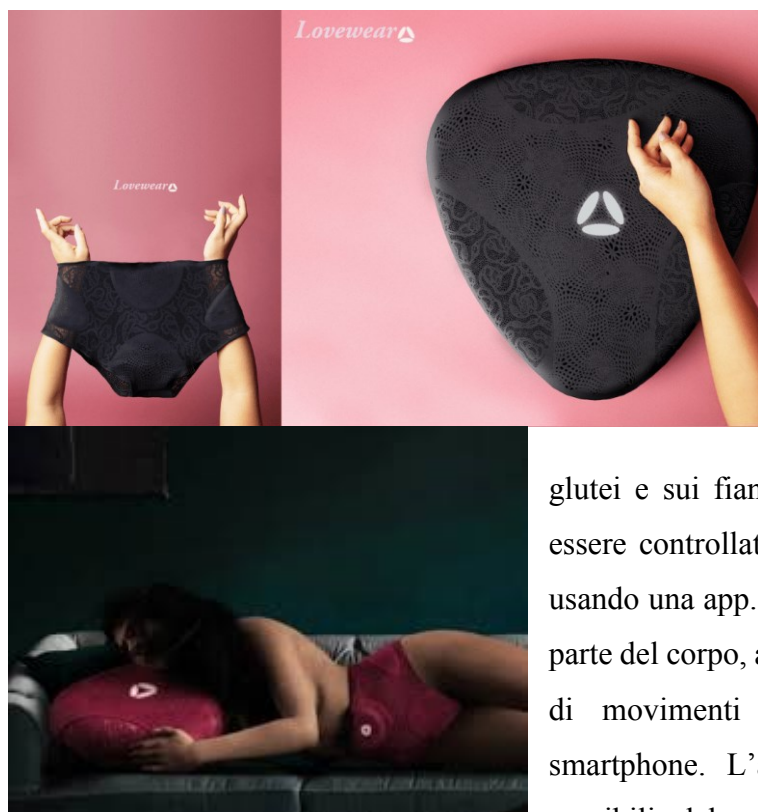
### 2.4.6. Ausili

Di seguito sono presentati degli strumenti che possono arricchire l'esperienza sessuale per persone con difficoltà motorie.



#### **Bump!n**

È stato ideato dalla collaborazione tra esperti in salute sessuale, terapisti occupazionali e persone con disabilità. È costituito da due porzioni; una più rigida che presenta dei fori dove inserire il sex toy di gradimento e una pieghevole e morbida che dà la possibilità di gestire la parte con il sex toy anche senza l'utilizzo delle mani.



#### **LoveWear**

È un sex toy a forma di biancheria intima per donne con disabilità, progettato dalla start-up lombarda Witsense. Tale prodotto è composto da un paio di mutande contenenti dei cuscinetti che si gonfiano e si sgonfiano sui genitali, stimolandoli, ma anche sui

glutei e sui fianchi. I movimenti dei cuscinetti possono essere controllati dall'utilizzatore toccando un cuscino e usando una app. La persona tocca il cuscino con qualsiasi parte del corpo, anche con collo o spalle. La combinazione di movimenti viene letta attraverso una app per smartphone. L'app interpreta la gestualità sulle zone sensibili del cuscino e le combinazioni create sono

restituite come una serie di feedback diversi nell'intimo.



### **Intimate rider**

È una sedia a dondolo progettata per simulare un naturale movimento penetrativo. È consigliata per pazienti con un buon controllo del tronco. È pensata per permettere a chi ha una disabilità motoria di assumere un ruolo attivo nei rapporti sessuali.

#### 2.4.7. Specificità di diversi professionisti sanitari nella sfera della sessualità

A seconda delle preoccupazioni del paziente, molti aspetti fisici, emotivi e relazionali della sessualità possono essere legittimamente affrontati dai ruoli delle diverse figure professionali esistenti (Couldrick et al., 2010).

I fisioterapisti sfruttano le loro valide abilità per affrontare problemi biomeccanici che causano disagio durante il rapporto, compreso il posizionamento, la gestione del dolore e la spasticità (ibid.). I fisioterapisti potrebbero proporre una riabilitazione del pavimento pelvico per i pazienti con dolore interno (Lepage et al., 2021).

I terapisti occupazionali sono esperti nell'abilitare, riabilitare e facilitare attività significative – competenza che potrebbe essere utilizzata per promuovere l'espressione sessuale e l'intimità (Couldrick et al., 2010). I terapisti occupazionali 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 (O'Mullan et al., 2021). Vi è la necessità, da parte dei terapisti occupazionali, di fare riferimento ad altri professionisti sanitari quando il problema del cliente richiede un intervento psicologico, sociale o medico (Lepage et al., 2021). Situazioni legate a relazioni, relazioni sessuali, immagine corporea, autostima e identità di genere sono state identificate come aree che superano i livelli di competenza dei terapisti occupazionali che hanno partecipato allo studio condotto da Lepage et al. nel 2021 (ibid.). Un aspetto su cui sono formati gli psicologi è promuovere abilità per le relazioni interpersonali e per la gestione emotiva, inclusi problemi legati all'immagine corporea e alla percezione di sé (Couldrick et al., 2010).

### 3) PARTE II

#### 3.1. Modalità di costruzione della scheda di rilevazione

Dalla ricerca in letteratura sono emerse diverse schede di rilevazione dati qualitativi, costruite con i seguenti obiettivi:

- indagare se i terapisti occupazionali considerano la sfera della sessualità nella loro pratica clinica;
- se è sottovalutata, capire quali aspetti impediscono il considerarla;
- se è affrontata, capire in quali modalità può essere gestita.

(Lepage et al., 2021; O'Mullan et al., 2021)

Tali schede sono state costruite in modo tale da raccogliere dati qualitativi (ibid.). In collaborazione con i coordinatori della riabilitazione dell'IRCCS oggetto dello studio osservazionale, è stato deciso, invece, di raccogliere dati quantitativi di facile compilazione. Questa scelta è stata compiuta per due motivazioni principali:

- 1) ridurre il più possibile il lavoro da richiedere ai vari professionisti sanitari a cui è stata consegnata la scheda di rilevazione, e
- 2) organizzare nella maniera più sistematica possibile i dati raccolti.

È stata dunque costruita una nuova scheda di rilevazione.

La scelta degli item della nuova scheda di rilevazione è stata eseguita facendo una ricerca in letteratura, tenendo in considerazione aspetti indagati tramite altre schede di rilevazione e aspetti emersi dai vari studi ritenuti rilevanti al perseguimento degli obiettivi prefissati.

Tale scheda di rilevazione (si veda Appendice) è stata costruita in modo tale da contrassegnare con "SI" o "NO" alcuni aspetti rilevati relativi alla sfera della sessualità (ad eccezione dei primi 2 item, in cui sono da inserire identità di genere e orientamento sessuale del paziente, se emersi con chiarezza durante il processo riabilitativo). I 36 item individuati sono stati suddivisi in 4 categorie: "caratteristiche della persona" (9 item), "comunicazione e self-confidence" (11 item), "intervento" (13 item) e "valutazione dell'intervento" (3 item). Al termine della scheda è stato lasciato uno spazio dedicato ad eventuali ulteriori note aggiuntive, ritenute rilevanti dai professionisti nell'affrontare o meno la sessualità della persona nella pratica clinica.

**Tabella 2.** Di seguito sono riportate le fonti bibliografiche utilizzate per costruire i vari item della scheda di rilevazione.

<b>Items della scheda di rilevazione</b>	<b>Fonti bibliografiche</b>
1. <i>“Identità di genere”</i>	Lepage et al., 2021
2. <i>“Orientamento sessuale”</i>	ibid.
3. <i>“La persona è in una relazione stabile che includa un partner sessuale (moglie/marito, fidanzata/o)”</i>	ibid.
4. <i>“La persona è single ma ha una vita sessuale attiva”</i>	Hattjar, 2012
5. <i>“La persona attualmente non svolge attività sessuali che includano un partner”</i>	Walker et al., 2020
6. <i>“L’argomento è di interesse per la persona ma non è la sua priorità in questo periodo della sua situazione clinica”</i>	Mc Grath & Lynch, 2014
7. <i>“La disabilità costituisce per la persona un ostacolo per considerare la propria sessualità”</i>	Esmail et al., 2010
8. <i>“La persona fatica a sentirsi attraente nel suo “nuovo” corpo in seguito all’evento”</i>	Hattjar, 2012
9. <i>“La persona ha un problema di relazione non di natura sessuale”</i>	Rubin, 2005
10. <i>“La persona chiede informazioni”</i>	Mc Grath & Sakellariou, 2016; O’Mullan et al., 2021
11. <i>“La persona lamenta difficoltà”</i>	ibid.
12. <i>“La persona fa fatica a parlare dell’argomento”</i>	Mc Grath & Sakellariou, 2016
13. <i>“Io ho introdotto l’argomento”</i>	Mc Grath & Sakellariou, 2016; O’Mullan et al., 2021
14. <i>“Mi sono sentito a disagio nel parlarne”</i>	ibid.
15. <i>“Mi sono sentito non competente a riguardo”</i>	ibid.
16. <i>“Non è stato possibile trovare un luogo dove poter parlare dell’argomento in privato, solo me e la persona”</i>	Young et al., 2020

17. <i>“La persona è di un genere diverso dal mio per cui parlarne mi mette a disagio”</i>	Mc Grath & Sakellariou, 2016
18. <i>“La persona ha un’età molto differente dalla mia per cui parlarne mi mette a disagio”</i>	Mc Grath & Sakellariou, 2016; Mc Grath & Lynch, 2014; Young et al., 2020
19. <i>“L’orientamento sessuale/l’identità di genere mi mettono a disagio/mi fanno sentire non competente”</i>	Mc Grath & Sakellariou, 2016; Young et al., 2020
20. <i>“La persona presenta comportamenti disinibiti per cui, per evitare di accentuarli, non è stato introdotto l’argomento”</i>	Lepage et al., 2021
21. <i>“La persona presenta menomazioni tali per cui il team riabilitativo ha dato priorità ad altro”</i>	Mc Grath & Lynch, 2014; Lepage et al., 2021
22. <i>“Abbiamo discusso in merito alla facilitazione dei rapporti sessuali che includano un partner”</i>	Hattjar, 2012
23. <i>“Abbiamo discusso in merito alle possibilità di masturbazione”</i>	Walker et al., 2020
24. <i>“Ho fornito delle strategie per ridurre l’affaticamento”</i>	Lepage et al., 2021
25. <i>“Ho fornito delle strategie in merito a posizioni negli atti sessuali”</i>	ibid.
26. <i>“Ho indicato l’utilizzo di ausili (sex toys, strumenti per favorire alcune posizioni, ...)”</i>	Hattjar, 2012
27. <i>“Ho assegnato esercizi per allenare il pavimento pelvico”</i>	Lepage et al., 2021
28. <i>“Ho parlato con la persona delle possibili zone erogene che possono arricchire la sessualità”</i>	Hattjar, 2012
29. <i>“Ho indicato alla persona possibili interventi chirurgici che danno la possibilità di arricchire l’esperienza sessuale”</i>	ibid.
30. <i>“Ho indicato l’uso di sostanze per facilitare l’esperienza sessuale”</i>	Neufeld et al., 2002; Hattjar, 2012
31. <i>“Ho promosso abilità per le relazioni interpersonali e per la gestione emotiva”</i>	Couldrick et al., 2010; Esmail et al., 2010

<i>(problemi legati all'immagine corporea e alla percezione di sé)"</i>	
32. <i>"Ho consigliato alla persona di rivolgersi ad un altro professionista"</i>	Couldrick et al., 2010; Lepage et al., 2021
33. <i>"Ho basato il mio ragionamento clinico sul modello PLISSIT"</i>	O'Mullan et al., 2021; Walker et al., 2020
34. <i>"Non è stato possibile valutare gli esiti dell'intervento"</i>	Walker et al., 2020
35. <i>"La persona è soddisfatta degli esiti dell'intervento"</i>	ibid.
36. <i>"La persona non è soddisfatta degli esiti dell'intervento"</i>	ibid.

#### 4) PARTE III

##### 4.1. Metodologia dello studio osservazionale

È stata eseguita una ricerca osservazionale in un centro di riabilitazione del territorio dedicato alle lesioni cerebrali acquisite. Gli obiettivi specifici di questa parte di ricerca sono:

- capire se la sfera della sessualità è considerata o meno in un centro di alta specialità riabilitativa del territorio;
- comprendere qual è la specificità in tale ambito del terapeuta occupazionale, nel rispetto dei confini delle altre professioni considerate;
- capire con quali casi clinici emerge e viene affrontata, e in quali modalità;
- se è sottovalutata, capire quali aspetti impediscono il considerarla;
- se è affrontata, capire in quali modalità può essere gestita.

L'oggetto di tale ricerca sono soprattutto gli operatori sanitari, in secondo luogo i pazienti. I criteri d'inclusione stabiliti per i professionisti sanitari erano: ogni membro del team riabilitativo che conduce valutazione e trattamento riabilitativo, che inizia a prendere in carico i pazienti nello stesso periodo in cui tali pazienti iniziano a frequentare il centro, il cui operato non è rivolto esclusivamente all'età pediatrica e la cui figura professionale è stata identificata in letteratura con un potenziale per migliorare la partecipazione dei pazienti nella sfera della sessualità. Sono stati dunque

esclusi il neuropsichiatra infantile, gli educatori, le logopediste, l'assistente sociale, le infermiere e le OSS.

È stata utilizzata la scheda di rilevazione dati descritta in precedenza ed è stata consegnata a 24 professionisti sanitari dei 27 operatori corrispondenti ai criteri d'inclusione (5 medici, 10 fisioterapisti, 5 terapisti occupazionali, 4 psicologi) dell'IRCCS Eugenio Medea – Associazione La Nostra Famiglia di Pieve di Soligo (TV). Ai 3 professionisti mancanti non è stato fisicamente possibile consegnare la scheda per ragioni organizzative.

I criteri di inclusione stabiliti per i pazienti da considerare nella raccolta dati erano: ogni nuovo caso preso in carico (ovvero pazienti che non avevano mai eseguito visite e/o trattamenti nella struttura considerata, nemmeno negli anni precedenti), con qualsiasi tipo di eziopatogenesi, disfunzione o infermità, dai 18 anni in su, all'interno di un centro di riabilitazione dedicato alle lesioni cerebrali acquisite, in un periodo di 107 giorni. Sono stati esclusi i pazienti che avevano già frequentato il centro di riabilitazione negli anni precedenti e i pazienti minorenni.

In accordo con i coordinatori della riabilitazione, è stato scelto di indagare la presenza o meno degli item individuati nella scheda di rilevazione nel primo periodo valutativo e non nelle fasi successive, per ottenere dei dati più facilmente controllabili e per evitare il problema di considerare molti ulteriori aspetti (diversi tempi di prese in carico, eventuali cambi di operatori, diverse tipologie di relazioni terapeutiche, ...); la complessità di tale ricerca non era compatibile con i tempi e le modalità stabilite in questo studio.

Non è stata esclusa nessuna tipologia di eziopatogenesi, disfunzione o infermità per indagare eventuali differenze nell'operato dei professionisti sanitari in base alla diagnosi del paziente, tenendo conto che il centro è specializzato nella neuroriabilitazione.

È stato stabilito un periodo di 107 giorni, ovvero di 3 mesi e mezzo circa, per ricoprire il maggiore arco di tempo possibile nei limiti del periodo di ricerca, per includere il maggior numero di pazienti possibili.

Per quanto riguarda il campionamento dei pazienti da considerare nella raccolta dati, è stato eseguito un protocollo di reclutamento con i coordinatori per la selezione dei pazienti che rientravano nei criteri stabiliti. Nel corso del periodo di rilevazione definito (tra il 15 giugno 2022 e il 30 settembre 2022), ogni due settimane circa è stata eseguita la selezione dei casi che rientravano nei criteri stabiliti.

È stato chiesto ai professionisti sanitari coinvolti di firmare un modulo di consenso informato, in cui sono state esposte le caratteristiche peculiari della tesi di laurea e le modalità in cui sono stati gestiti i dati raccolti (in forma anonimizzata). Per il modulo di consenso informato consegnato ai professionisti, si veda Appendice. Tutti i professionisti coinvolti hanno accettato di partecipare alla raccolta dati.

È stato chiesto ai pazienti che rientravano nei criteri stabiliti (o al loro tutore legale) di firmare un modulo di consenso informato, in cui sono state esposte le caratteristiche peculiari della tesi di laurea e le modalità in cui sono stati gestiti i dati raccolti (in forma anonimizzata). È stato inoltre consegnato loro un foglio informativo. Per il modulo di consenso informato consegnato ai pazienti (o al loro tutore legale), si veda Appendice. Tutti i pazienti che rientravano nei criteri stabiliti (o il loro tutore legale) hanno accettato di partecipare alla raccolta dati, a parte una persona.

È stata inoltrata la richiesta di poter eseguire tale studio osservazionale al comitato etico.

È stato richiesto ai professionisti coinvolti di contrassegnare con “SI” o “NO” alcuni aspetti rilevati relativi alla sfera della sessualità, per ogni nuova presa in carico di una persona maggiorenne, nel periodo di rilevazione sopracitato, tenendo in considerazione le prime sei settimane di trattamento per ogni paziente che rientrava nei criteri di inclusione (per quanto concerne i medici, tenendo in considerazione la prima visita d’ingresso).

Ai professionisti coinvolti sono state inviate delle mail, aggiornandoli rispetto a quale paziente compilare la scheda e in quale momento.

## 4.2. Risultati dello studio osservazionale

Al termine del periodo di rilevazione, sono state raccolte le schede di rilevazione di 16 professionisti sanitari (3 medici, 2 psicologi, 8 fisioterapisti, 3 terapisti occupazionali). Per quanto riguarda i restanti professionisti sanitari a cui era stata consegnata la scheda di rilevazione, in 5 non hanno preso in carico persone che rientravano nei criteri stabiliti e in 3 non sono riusciti a compilare, reperire o consegnare nei tempi previsti la scheda di rilevazione.

Il numero di pazienti che rientravano nei criteri stabiliti e di cui sono stati raccolti i dati è pari a 35. In diversi casi, differenti operatori sanitari hanno raccolto i dati dello stesso paziente (tali professioni erano tra loro diverse: per esempio, un paziente può essere stato seguito da un medico, uno psicologo e un TO).

Si sono verificate due situazioni in cui lo stesso paziente è stato tenuto in considerazione nella raccolta dati da due medici diversi.

In totale sono state considerate 69 rilevazioni.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE DEI PAZIENTI

Num. di pazienti con “Lesioni cerebrali acquisite”	16
Num. di pazienti con “Patologie neuromotorie”	11
Num. di pazienti con “Altro”	8

**Tabella 3.** Le diagnosi dei pazienti sono state suddivise in 3 macroaree: “Lesioni cerebrali acquisite”, “Patologie neuromotorie” e “Altro”. È da tenere in



considerazione che il livello di gravità delle varie diagnosi può essere molto differente, anche all'interno della stessa macroarea.

Media (età)	Deviazione standard (età)	Minimo – massimo (età)
57,2	15	19 - 80

**Tabella 4.** In tale tabella sono esposte la media, la deviazione standard, il

valore minimo e massimo dell'età dei pazienti tenuti in considerazione nello studio. Le età dei pazienti sono state suddivise in 2 macroaree: "Età minore di 65 anni" e "Età maggiore di 65 anni".

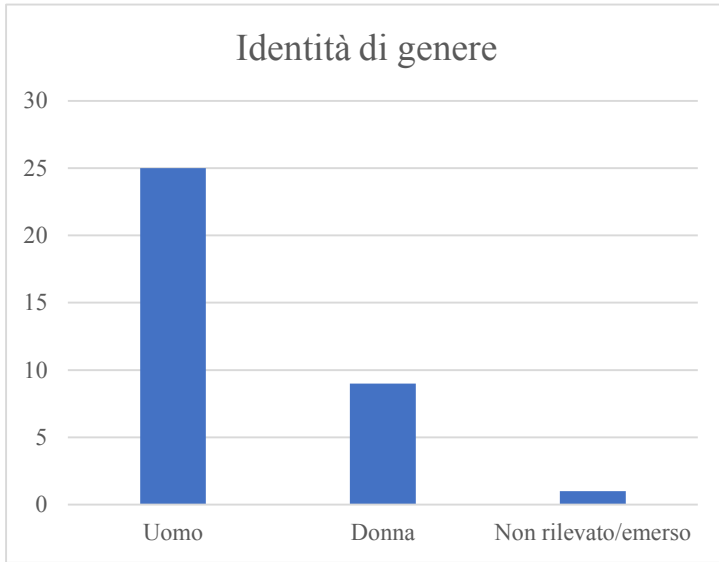
Num. di pazienti in "Day Hospital"	17
Num. di pazienti in "Ordinario"	11
Num. di pazienti in "Ambulatoriale"	7

**Tabella 5.** Le modalità di presa in carico dei pazienti considerati sono state suddivise in 3 macroaree: "Ambulatoriale", "Day Hospital" e "Ordinario". I pazienti in "Ordinario" erano

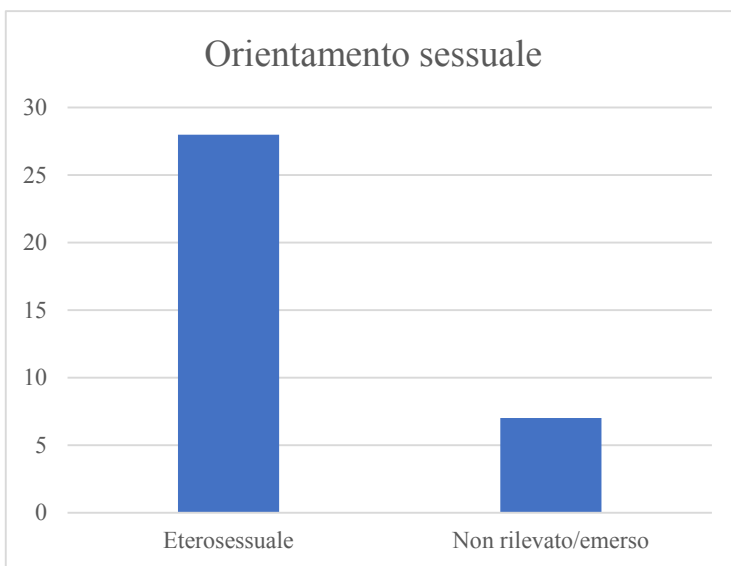
ricoverati presso tale centro. I pazienti in "Day Hospital" erano ambulatoriali e seguiti da almeno due professionisti sanitari. I pazienti in "Ambulatoriale" erano anch'essi ambulatoriali, ma frequentavano il centro con meno frequenza rispetto ai pazienti in "Day Hospital" e sono stati seguiti al massimo da una figura professionale.

Nessun paziente era nella fase acuta della sua situazione clinica. I pazienti ricoverati si trovavano in una fase post-acuzie.

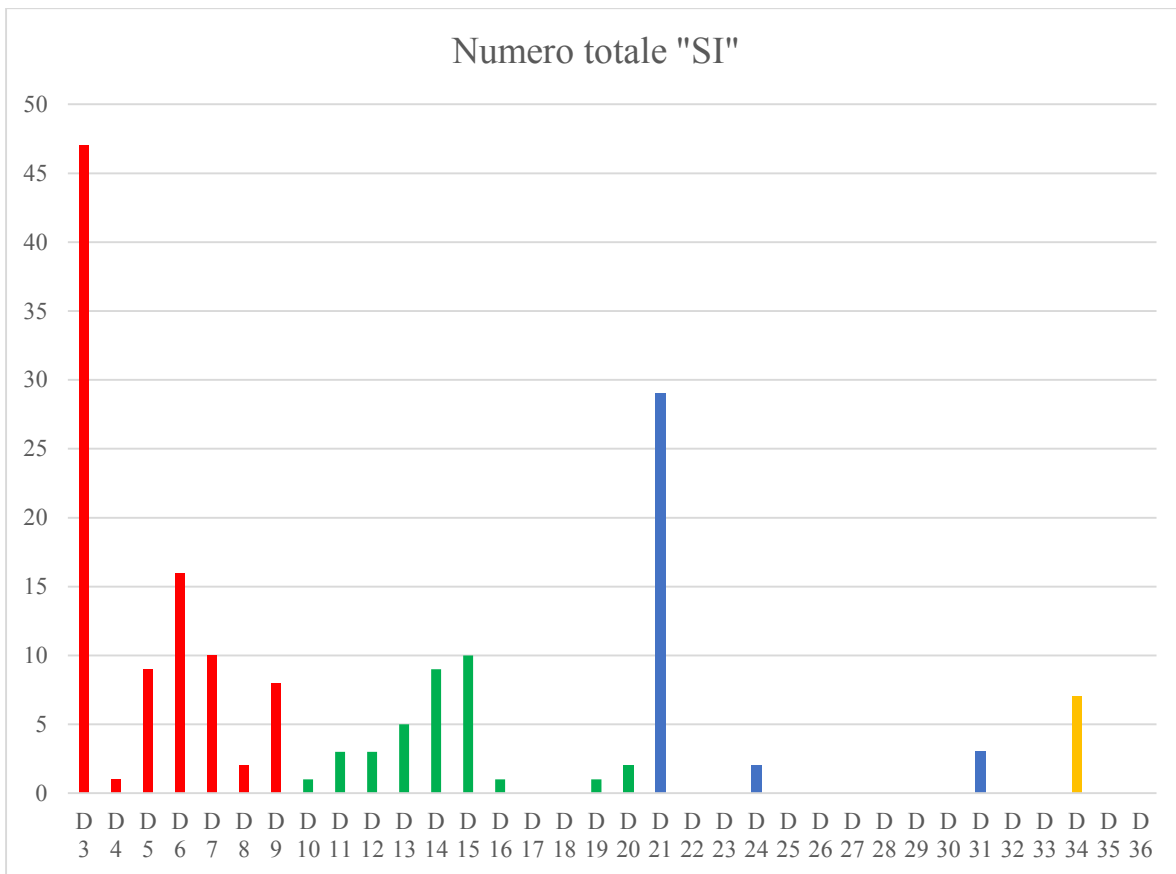
Nei Grafici 1 e 2 sono evidenziati i risultati relativi alle domande 1 e 2 ("*Identità di genere*" e "*Orientamento sessuale*"), rispetto ai 35 pazienti che rientravano nei criteri stabiliti e che hanno firmato il modulo di consenso informato.



**Grafico 1.** Dei 35 pazienti considerati, 25 erano uomini, 9 erano donne e di una persona non è stata indagata o non è emersa con chiarezza l'identità di genere.



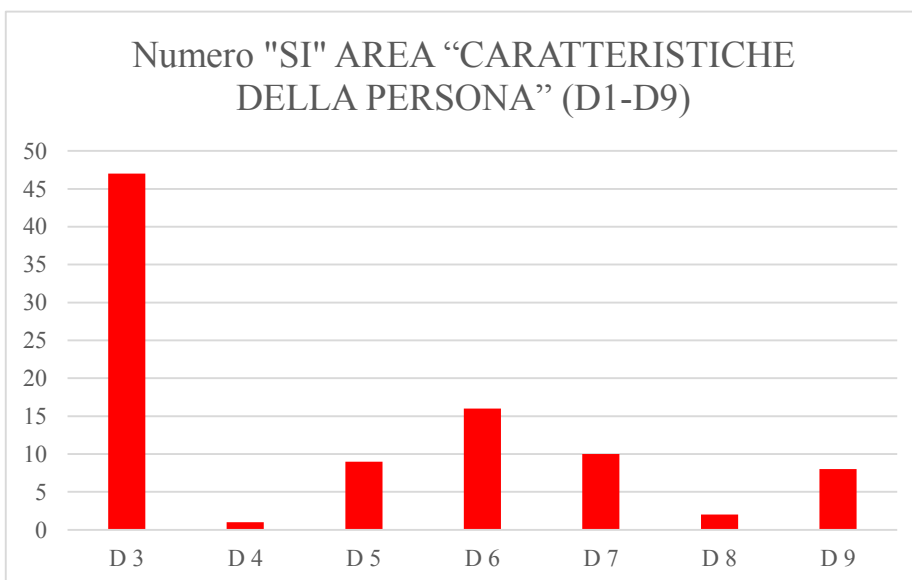
**Grafico 2.** Dei 35 pazienti considerati, 28 erano eterosessuali. Per quanto riguarda i restanti 7 pazienti, non è stato indagato o non è emerso con chiarezza l'orientamento sessuale.



**Grafico 3.** Tale grafico mostra il numero totale di “SI” segnati per gli item della scheda di rilevazione dal 3 al 36. Nell’asse delle ascisse sono riportate le sigle “D 3”, “D 4”, ... fino a “D 36”; esse si riferiscono agli item della scheda di rilevazione dal numero 3 al numero 36. Nell’asse delle ordinate è mostrato il numero totale di “SI”.

#### AREA “CARATTERISTICHE DELLA PERSONA” (D1-D9)

Tale area è evidenziata in rosso nel Grafico 3 ed è riportata nel dettaglio nel Grafico 4.



**Grafico 4.** L’area “caratteristiche della persona” è stata quella in cui sono stati rilevati più aspetti, in particolare “La persona è in una relazione stabile che includa un partner sessuale (moglie/marito, fidanzata/o)” (D3), segnalato 47 volte, in una

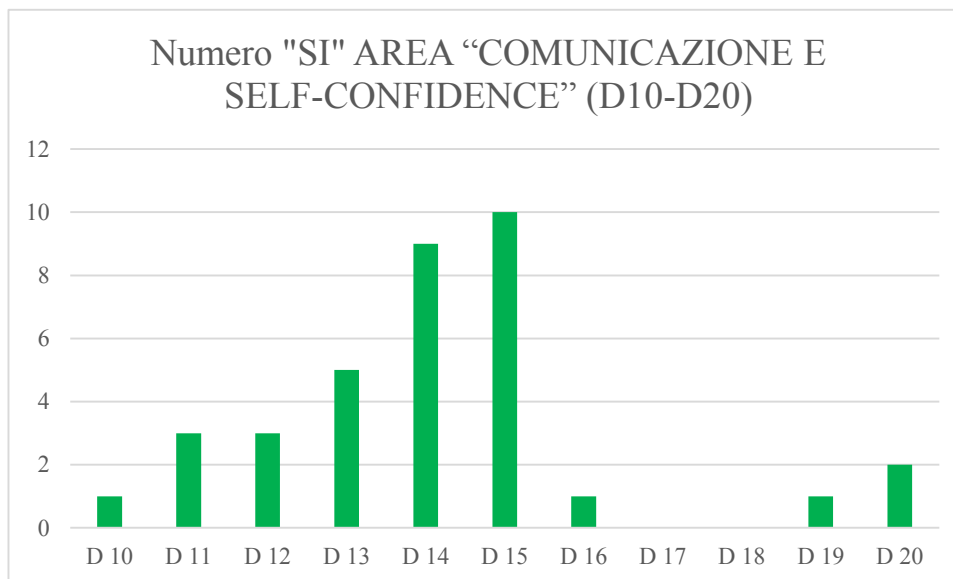
percentuale del 68 %. Sono stati segnalati 16 “SI” rispetto a “L’argomento è di interesse per la

persona ma non è la sua priorità in questo periodo della sua situazione clinica” (D6), dunque nel 23 % delle rilevazioni.

Anche gli aspetti indicati nelle domande 7 e 9, riguardanti difficoltà della persona che influiscono negativamente sulla sfera della sessualità, sono stati rilevati rispettivamente in 10 e 8 situazioni (“La disabilità costituisce per la persona un ostacolo per considerare la propria sessualità” e “La persona ha un problema di relazione non di natura sessuale”).

#### AREA “COMUNICAZIONE E SELF-CONFIDENCE” (D10-D20)

Tale area è evidenziata in verde nel Grafico 3 ed è riportata nel dettaglio nel Grafico 5.



**Grafico 5.** Nella quasi totalità dei casi l’argomento della sessualità non è emerso, né dal paziente né dal professionista sanitario.

In 5 situazioni su 69, dunque nel 7 % delle rilevazioni, l’operatore sanitario ha segnalato

di aver introdotto l’argomento (D13). Di questi 5 casi, 3 si sono manifestati da un unico psicologo, uno da un medico e il restante da una fisioterapista, che ha però specificato: “per la parte sfinterica (continenza)”. Nessun terapeuta occupazionale ha introdotto l’argomento della sessualità. In 3 casi, dunque nel 4 % delle rilevazioni, il paziente ha chiesto informazioni e/o lamentato difficoltà (D10-D11), e in 3 casi è risultato evidente che faceva fatica a parlare di tale argomento (D12). Riguardo le 3 rilevazioni in cui è stato segnalato che il paziente faceva fatica a parlare di tale argomento, in una la psicologa di riferimento ha promosso abilità per le relazioni interpersonali e per la gestione emotiva (D31), in una né il paziente, né l’operatore ha introdotto l’argomento e non è stato eseguito un intervento legato alla sfera della sessualità, e in una è stato segnalato “La persona presenta comportamenti disinibiti per cui, per evitare di accentuarli, non è stato introdotto l’argomento” (D20).

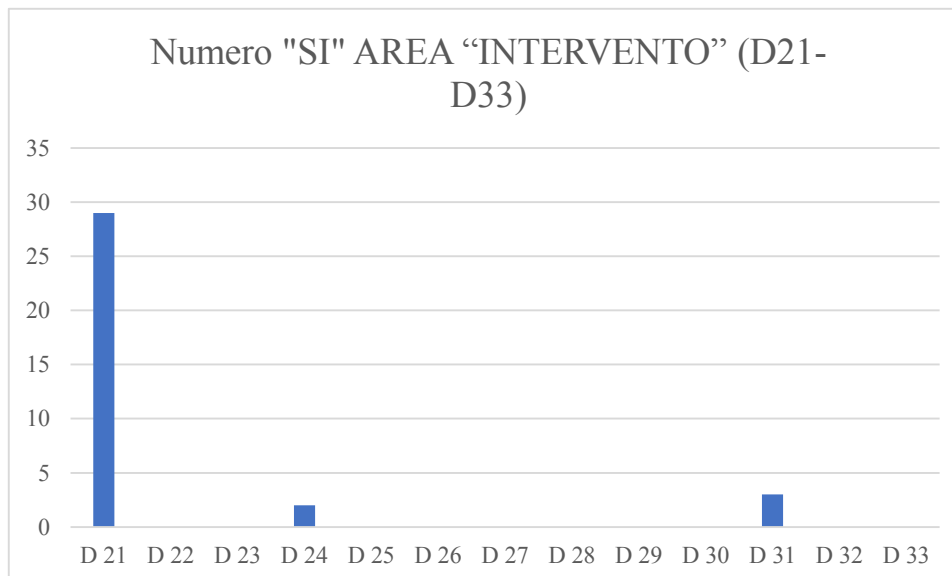
Un paziente (uomo) è stato tenuto in considerazione nella raccolta dati da due medici (un uomo e una donna). Nella visita con la dottoressa donna non è emerso l’argomento della sessualità, mentre con il medico tale paziente ha lamentato difficoltà e chiesto informazioni in tale ambito. In tale area gli aspetti più rilevati sono “Mi sono sentito a disagio nel parlarne” (D14), segnalato 9

volte, e *“Mi sono sentito non competente a riguardo”* (D15), segnalato 10 volte. Questi aspetti sono stati segnalati tutti da un’unica terapeuta occupazionale (a parte un “SI” riferito a D15 da parte di un fisioterapista) per tutti i pazienti che ha tenuto in considerazione in questa raccolta dati. In questi casi seguiti da tale TO, né il paziente né la professionista hanno sollevato l’argomento. In un caso, in seguito a lementele del paziente in tale ambito, una fisioterapista ha segnalato *“Non è stato possibile trovare un luogo dove poter parlare dell’argomento in privato, solo me e la persona”* (D16).

*“L’orientamento sessuale/l’identità di genere mi mettono a disagio/mi fanno sentire non competente”* (D19) è stato segnalato in un caso da una fisioterapista con l’unico paziente che ha tenuto in considerazione in tale raccolta dati, un uomo eterosessuale. In 2 casi è stato segnalato *“La persona presenta comportamenti disinibiti per cui, per evitare di accentuarli, non è stato introdotto l’argomento”* (D20).

#### AREA “INTERVENTO” (D21-D33)

Tale area è evidenziata in blu nel Grafico 3 ed è riportata nel dettaglio nel Grafico 6.



**Grafico 6.** La sfera della sessualità è stata quasi completamente esclusa dall’intervento dei vari professionisti, ed è stata completamente esclusa dall’intervento dei terapisti occupazionali.

In 29 rilevazioni, dunque nel 42 % delle

rilevazioni totali, è stato rilevato il seguente aspetto: *“La persona presenta menomazioni tali per cui il team riabilitativo ha dato priorità ad altro”* (D21).

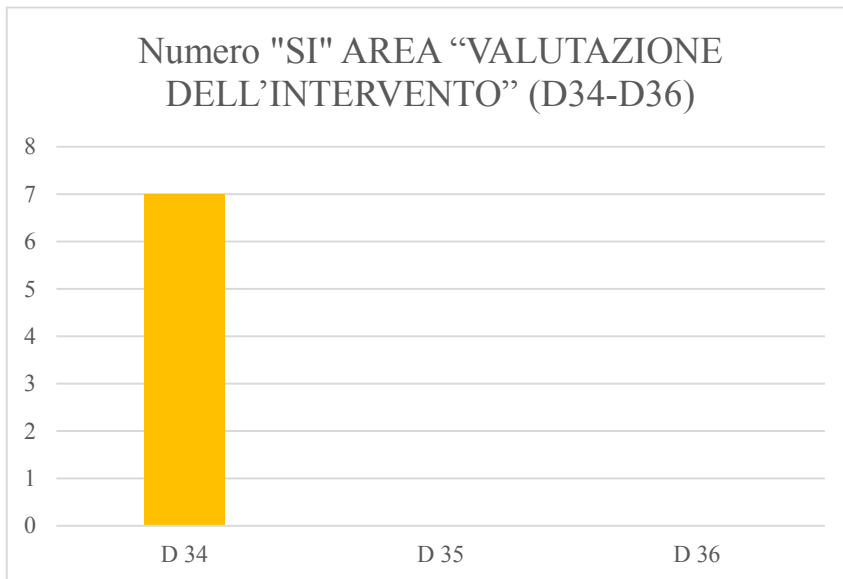
In 5 rilevazioni è stato eseguito un intervento legato alla sfera della sessualità, dunque nel 7 % delle rilevazioni totali.

*“Ho promosso abilità per le relazioni interpersonali e per la gestione emotiva (problemi legati all’immagine corporea e alla percezione di sé)”* (D31) è stato segnalato in due occasioni da una psicologa e in un’occasione da un fisioterapista.

Un medico ha contrassegnato con due casi *“Ho fornito delle strategie per ridurre l’affaticamento”* (D24).

AREA “VALUTAZIONE DELL’INTERVENTO” (D34-D36)

Tale area è evidenziata in giallo nel Grafico 3 ed è riportata nel dettaglio nel Grafico 7.



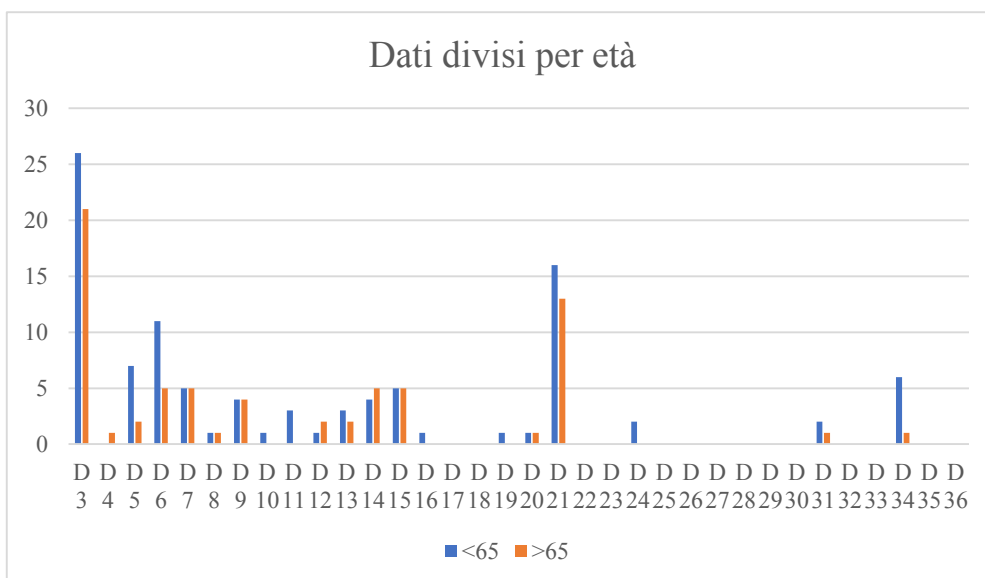
**Grafico 7.** L’aspetto “Non è stato possibile valutare gli esiti dell’intervento” è stato contrassegnato 7 volte. In un caso da una fisioterapista in seguito ad aver promosso abilità per le relazioni interpersonali e la gestione emotiva, in due casi da un medico dopo aver fornito delle strategie per ridurre l’affaticamento e nei restanti 4

casi da un fisioterapista che non ha eseguito trattamenti inerenti alla sfera della sessualità.

In appendice è presentato il grafico dei “SI” totali contrassegnati, suddivisi per area di professione (Grafico 8).

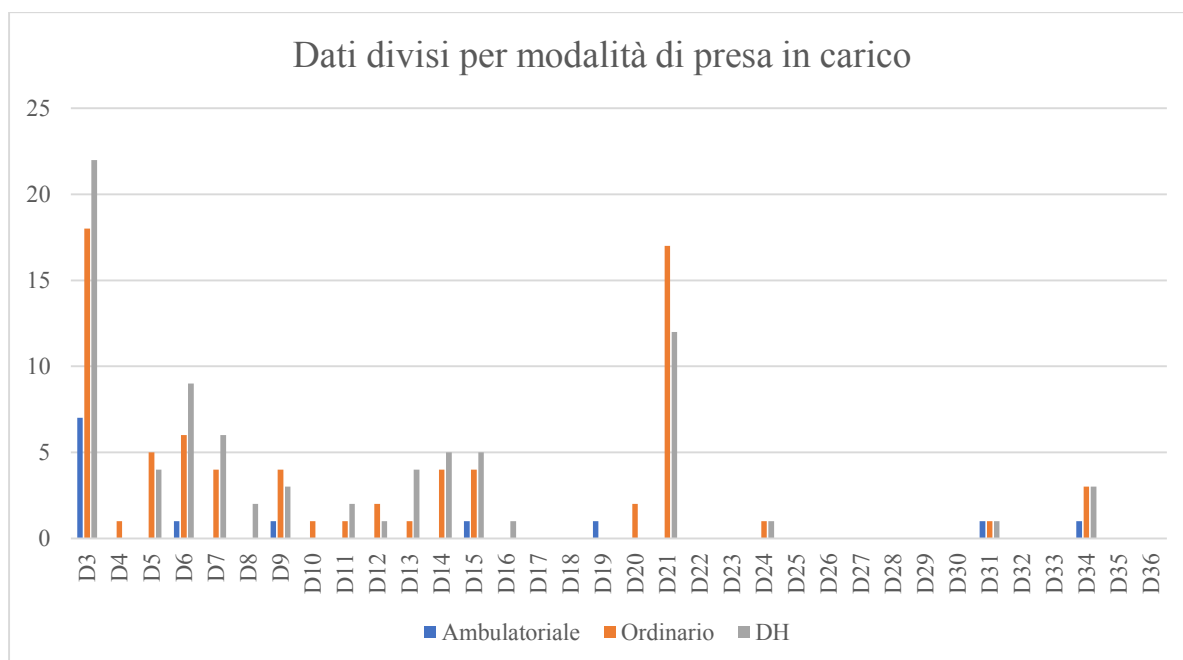
In appendice è mostrato il Grafico 9, relativo ai “SI” totali contrassegnati suddivisi per macroarea di eziopatogenesi.

Di seguito è mostrato il Grafico 10, relativo ai “SI” totali contrassegnati suddivisi per macroarea d’età.



**Grafico 10.** Nei 3 casi in cui il paziente ha chiesto informazioni e/o lamentato difficoltà (D10-D11), si trattava di un paziente con un’età inferiore ai 65 anni.

Di seguito è mostrato il Grafico 11, relativo ai “SI” totali contrassegnati suddivisi per macroarea di presa in carico.



**Grafico 11.** Un paziente ricoverato ha chiesto informazioni e lamentato difficoltà rispetto alla sfera della sessualità.

## 5) DISCUSSIONE

I risultati emersi dallo studio osservazionale mostrano che i professionisti sanitari, tra cui i terapeuti occupazionali, spesso non affrontano l'argomento della sessualità nella pratica clinica: nel 93 % delle rilevazioni totali e nel 100 % delle rilevazioni dei terapeuti occupazionali non sono stati eseguiti trattamenti inerenti la sfera della sessualità; ciò coincide con quanto emerso dalla letteratura (McGrath & Lynch, 2014; O'Mullan et al., 2021; Lepage et al., 2021; Walker et al., 2019; Penna & Sheehy, 2000). Nel 7 % delle rilevazioni l'operatore sanitario ha segnalato di aver introdotto l'argomento, e nessuno di questi professionisti era un terapeuta occupazionale; anche questo aspetto è in accordo con quanto emerso dalla letteratura (ibid.)

Sono rilevanti il 23 % delle rilevazioni in cui è emerso che *“L'argomento è di interesse per la persona ma non è la sua priorità in questo periodo della sua situazione clinica”* (D6) e il 42 % delle rilevazioni in cui *“La persona presenta menomazioni tali per cui il team riabilitativo ha dato priorità ad altro”* (D21). Ciò è in accordo con quanto trovato in letteratura riguardo la prioritizzazione di altre esigenze nelle prime fasi del processo riabilitativo (McGrath & Lynch, 2014).

Le 10 rilevazioni rispetto a *“La disabilità costituisce per la persona un ostacolo per considerare la propria sessualità”* (D7) con quanto emerso in letteratura sul come una disabilità possa influire sulla sessualità (Hattjar, 2012, pag. xiv; Esmail et al., 2010; Walker et al., 2020).

Nelle 3 rilevazioni in cui è emerso che il paziente ha chiesto informazioni e/o lamentato difficoltà rispetto alla sfera della sessualità, si trattava di una persona con un'età inferiore ai 65 anni; ciò è in accordo con quanto emerso dallo studio condotto da McGrath & Lynch nel 2014 riguardo la riluttanza da parte delle persone più anziane a cercare modalità per esprimere la propria sessualità (McGrath & Lynch, 2014). Di queste 3 rilevazioni, in un caso si trattava di un paziente in “Ordinario”, ovvero ricoverato; questo aspetto è in disaccordo con quanto emerso dallo studio condotto da Lepage et al nel 2021, cioè che lavorare in reparti di riabilitazione dove accedono pazienti ricoverati sia una barriera per affrontare la sfera della sessualità nella pratica clinica (Lepage et al, 2021).

I due casi in cui è stato segnalato *“La persona presenta comportamenti disinibiti per cui, per evitare di accentuarli, non è stato introdotto l'argomento”* (D20) sono in accordo con quanto emerso in letteratura in merito a comportamenti disinibiti del paziente considerati una barriera nell'affrontare la sfera della sessualità nella pratica clinica (ibid.).

Si tenga in considerazione il caso del paziente (uomo) coinvolto nella raccolta dati di due medici (un uomo e una donna), e che nella visita con la dottoressa non ha introdotto l'argomento della sessualità mentre con il medico tale paziente ha lamentato difficoltà e chiesto informazioni in tale ambito. Ciò coincide con quanto trovato in letteratura riguardo la differenza di genere tra paziente e operatore intesa come barriera nell'affrontare la sfera della sessualità nella pratica clinica (Lepage et al., 2021). Stesso discorso per quanto riguarda il caso della fisioterapista che ha segnalato *“L'orientamento sessuale/l'identità di genere mi mettono a disagio/mi fanno sentire non competente”* (D19) riferendosi all'unico paziente che ha tenuto in considerazione nella raccolta dati, un uomo eterosessuale.

*“Ho promosso abilità per le relazioni interpersonali e per la gestione emotiva (problemi legati all'immagine corporea e alla percezione di sé)”* (D31) è stato segnalato in un'occasione da un fisioterapista; ciò è in disaccordo con quanto emerso in letteratura rispetto alla specificità professionale dei diversi operatori; tale tipologia di intervento risulta essere di competenza di uno psicologo (Couldrick et al., 2010).

Una persona che rientrava nei criteri stabiliti ha deciso di non accettare di firmare il modulo di consenso informato a causa di particolari vissuti personali in tale ambito. Ha però augurato di continuare a fare ricerche in merito, affermando che ce n'è molto bisogno.

Quando tale studio osservazionale è stato esposto ai diversi professionisti sanitari, alcune loro reazioni sono state significative. Ad esempio, una terapeuta occupazionale ha affermato che un lavoro



del genere è inutile, che non ha senso indagare questo aspetto, che in ogni caso è un argomento che non si affronta nella pratica clinica, soprattutto se i pazienti sono ricoverati e non hanno modo di sperimentare questo lato della vita con un partner. Un'altra terapeuta occupazionale, invece, ha raccontato di come, nella sua esperienza professionale, anche lei abbia pensato a quanto è importante la sfera della sessualità, e di come però si sia trovata in difficoltà per tanti motivi nell'affrontarla nella pratica clinica. Tale TO ha fatto i complimenti per aver trovato il coraggio di indagare una sfera così delicata e complessa, ha ringraziato per questo e ha chiesto di rimanere aggiornata rispetto a modalità utili per affrontare la sfera della sessualità dei pazienti nella pratica clinica.

## **5.1. Limitazioni**

Sono state identificate quattro limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati ottenuti:

- 1) lo studio osservazionale prevedeva di raccogliere dati rispetto al primo periodo della presa in carico di un paziente, ed è da tenere in considerazione che una persona, prima di sentirsi a suo agio nel parlare di sessualità, potrebbe aver bisogno di costruire una relazione con il professionista sanitario più duratura;
- 2) ferie e/o malattie dei professionisti sanitari e peggioramenti della condizione clinica dei pazienti possono aver ridotto ulteriormente i tempi considerati per ogni paziente;
- 3) il numero limitato di partecipanti allo studio (sono necessari ulteriori studi con campioni maggiori);
- 4) possibili bias, intesi come errori di distrazione, nella compilazione e analisi delle schede e nella selezione dei pazienti in collaborazione con i coordinatori della riabilitazione.

## 6) CONCLUSIONI

L'aspetto principale emerso dalla ricerca bibliografica e dallo studio osservazionale è che i terapisti occupazionali spesso non affrontano la sfera della sessualità nella pratica clinica (McGrath & Lynch, 2014; O'Mullan et al., 2021; Lepage et al., 2021; Walker et al., 2019; Penna & Sheehy, 2000; Young et al., 2020). Ciò accade nonostante il riconoscimento dei bisogni e dei diritti delle persone con disabilità relativi alla sessualità, il riconoscimento della natura occupazionale della sessualità umana e il dovere deontologico di dover tenere in considerazione una visione olistica della persona nella pratica clinica (ibid.).

Dalla ricerca in letteratura non sono emersi trattamenti di TO in tale ambito specifici e validati. Avendo però chiari i confini personali e professionali, i terapisti occupazionali possono affrontare la sessualità nella loro pratica clinica, utilizzando competenze di base di TO, come strategie per il posizionamento e per la gestione della fatica e l'adattamento di strumenti (O'Mullan et al., 2021; Lepage et al., 2021). La sessualità è stata largamente considerata un aspetto a cui i terapisti occupazionali devono dedicarsi, così come fanno con tutte le altre occupazioni (McGrath & Lynch, 2014; Walker et al., 2019; O'Mullan et al., 2021).

Le persone con disabilità senso-motorie sembrano essere la casistica in cui i terapisti occupazionali percepiscono maggiormente di poter proporre la loro specificità professionale per migliorare le performance occupazionali inerenti alla sfera della sessualità (Lepage et al., 2021). Dalla ricerca in letteratura sono emersi diversi strumenti di valutazione utili per i terapisti occupazionali per affrontare la sfera della sessualità nella pratica clinica (Arrington et al., 2004). In tale lavoro di ricerca è stato presentato più nel dettaglio l'OPISI, lo strumento di valutazione proposto da Walker et al. in uno studio del 2020; in accordo con i coordinatori della riabilitazione sembra essere lo strumento di valutazione nell'ambito della sessualità che risponde meglio alle esigenze di un terapeuta occupazionale, oltre che essere il più recente.

Considerando che le difficoltà incontrate dai terapisti occupazionali nell'affrontare la sfera della sessualità sono legate a molte questioni complesse, è necessaria un'identificazione e un'implementazione di cambiamenti necessari per far sì che la sfera della sessualità sia considerata nella pratica clinica di terapia occupazionale (Lepage et al., 2021).

La maggior parte della riluttanza da parte dei terapisti occupazionali nell'affrontare la sfera della sessualità può essere ricondotta a pregiudizi sociali che limitano il diritto alla sessualità ad un ideale di relazioni tra giovani adulti, eterosessuali, monogami e sani, le quali sono focalizzate sulla centralità dei genitali nel rapporto e sulla riproduzione (Mc Grath & Sakellariou, 2016; Young et al., 2020). Tali pregiudizi presuppongono dunque un'unica idea normalizzata della sessualità, non tenendo conto della diversità e della ricchezza della sessualità umana (Mc Grath & Sakellariou, 2016). Il bisogno

sociale di discrezione, per quanto riguarda le discussioni inerenti alla sessualità, influenza direttamente i tentativi dei TO nell'includere la sessualità come parte dei servizi riabilitativi (McGrath & Lynch, 2014).

Sensibilizzare la sessualità in una visione olistica della stessa è stato ritenuto un aspetto fondamentale, e un primo passo, per facilitare l'affrontare tale tematica nella pratica clinica di terapia occupazionale (O'Mullan et al., 2021).

Diverse ricerche mostrano che un'educazione sessuale all'interno della formazione del terapeuta occupazionale può favorire un aumento di comfort nell'affrontare i problemi inerenti alla sfera della sessualità dei pazienti (O'Mullan et al., 2021; Lepage et al., 2021).

## **6.1. Implicazioni per la pratica**

Per supportare le persone con disabilità nell'identificare problematiche nelle performance occupazionali inerenti alla sessualità, i terapisti occupazionali dovrebbero iniziare facendo sapere ai loro pazienti che, se ne sentono il bisogno, si può parlare di sessualità (Mc Grath & Sakellariou, 2016; O'Mullan et al., 2021). Anche se è improbabile che il "*permesso*" ("*permission*") espresso dal professionista sanitario per parlare di sessualità (se il paziente ne sente il bisogno) superi le principali convenzioni sociali, esso può agire per sensibilizzare i diritti delle persone con disabilità in merito alla sessualità, e promuovere lo sviluppo dei servizi a sostenere tali diritti (Mc Grath & Sakellariou, 2016).

È importante ricordare che i terapisti occupazionali non sono sessuologi o medici e devono indirizzare i clienti ai professionisti appropriati, a seconda dei casi (Hattjar, 2012: pag. xiii; Lepage et al., 2021).

## 7) APPENDICE

UNIVERSITÀ degli STUDI DI PADOVA  
CORSO di LAUREA in TERAPIA OCCUPAZIONALE  
CONEGLIANO (Tv)  
A.A. 2021/2022

SCHEMA DI RILEVAZIONE DATI per tesi di laurea: “**POSSIBILI AREE DI APPLICAZIONE PROFESSIONALE PER LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA SFERA DELLA SESSUALITÀ**”

Laureanda: Sara Guiotto

Relatore: Alec Vestri

Mail: [guiottosara00@gmail.com](mailto:guiottosara00@gmail.com)

### Presentazione

Sono Sara Guiotto, una laureanda in terapia occupazionale. Durante questi tre anni di corso di laurea abbiamo parlato spesso di attività significative, ma non è mai stata citata la sfera della sessualità. In seguito ad una mia riflessione personale è emerso il desiderio di indagare se il ruolo del terapeuta occupazionale può contribuire a migliorare l'autonomia e la partecipazione dei pazienti nella sfera della sessualità, in particolare nelle attività sessuali (intese sia come sesso condiviso con un partner sia come masturbazione), e se sì, in che modo. In particolare, lo scopo della mia tesi di laurea è **capire con quali casi clinici e con quale metodologia un to può eseguire valutazioni e trattamenti nella sfera della sessualità**, rispettando gli ambiti di intervento di altri professionisti coinvolti nel team riabilitativo.

Vi chiedo di contrassegnare con “SI” o “NO” alcuni aspetti rilevati relativi alla sfera della sessualità per ogni nuova presa in carico di una persona, in un periodo di rilevazione che va dal 15 giugno 2022 al 30 settembre 2022, tenendo in considerazione le prime sei settimane di trattamento per ogni paziente considerato.

### Scheda di rilevazione

Area di rilevazione

- Medici
- Psicologi
- Fisioterapisti
- Terapisti occupazionali

Genere del professionista:  F  M  altro

Periodo di rilevazione: 15 giugno 2022 – 30 settembre 2022

<b>Aspetti rilevati nella sfera della sessualità:</b> <i>caratteristiche della persona</i>	C.C.:	C.C.:	C.C.:	C.C.:	C.C.:	C.C.:
1. Identità di genere:						
2. Orientamento sessuale:						
3. La persona è in una relazione stabile che includa un partner sessuale (moglie/marito, fidanzata/o)						
4. La persona è single ma ha una vita sessuale attiva						
5. La persona attualmente non svolge attività sessuali che includano un partner						
6. L'argomento è di interesse per la persona ma non è la sua priorità in questo periodo della sua situazione clinica						
7. La disabilità costituisce per la persona un ostacolo per considerare la propria sessualità						
8. La persona fatica a sentirsi attraente nel suo "nuovo" corpo in seguito all'evento						
9. La persona ha un problema di relazione non di natura sessuale						

**Aspetti rilevati nella  
sfera della  
sessualità:  
*comunicazione e self-  
confidence***

10. La persona chiede informazioni						
11. La persona lamenta difficoltà						
12. La persona fa fatica a parlare dell'argomento						
13. Io ho introdotto l'argomento						
14. Mi sono sentito a disagio nel parlarne						
15. Mi sono sentito non competente a riguardo						
16. Non è stato possibile trovare un luogo dove poter parlare dell'argomento in privato, solo me e la persona						
17. La persona è di un genere diverso dal mio per cui parlarne mi mette a disagio						
18. La persona ha un'età molto differente dalla mia per cui parlarne mi mette a disagio						
19. L'orientamento sessuale/l'identità di genere mi mettono a disagio/mi fanno sentire non competente						
20. La persona presenta comportamenti disinibiti per cui, per evitare di accentuarli, non è stato introdotto l'argomento						

**Aspetti rilevati nella sfera della sessualità: *intervento***

21. La persona presenta menomazioni tali per cui il team riabilitativo ha dato priorità ad altro					
22. Abbiamo discusso in merito alla facilitazione dei rapporti sessuali che includano un partner					
23. Abbiamo discusso in merito alle possibilità di masturbazione					
24. Ho fornito delle strategie per ridurre l'affaticamento					
25. Ho fornito delle strategie in merito a posizioni negli atti sessuali					
26. Ho indicato l'utilizzo di ausili (sex toys, strumenti per favorire alcune posizioni, ...)					
27. Ho assegnato esercizi per allenare il pavimento pelvico					
28. Ho parlato con la persona delle possibili zone erogene che possono arricchire la sessualità					
29. Ho indicato alla persona possibili interventi chirurgici che danno la possibilità di arricchire l'esperienza sessuale					
30. Ho indicato l'uso di sostanze per facilitare l'esperienza sessuale					
31. Ho promosso abilità per le relazioni interpersonali e per la gestione emotiva (problemi legati all'immagine corporea e alla percezione di sé)					
32. Ho consigliato alla persona di rivolgersi ad un altro professionista					
33. Ho basato il mio ragionamento clinico sul modello PLISSIT					

**Aspetti rilevati nella  
sfera della  
sessualità:  
valutazione  
dell'intervento**

34. Non è stato  
possibile valutare gli  
esiti dell'intervento

35. La persona è  
soddisfatta degli esiti  
dell'intervento

36. La persona non è  
soddisfatta degli esiti  
dell'intervento

Note aggiuntive (ulteriori aspetti rilevati):

---

---

---

---

---

---

---



## MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO

### Per raccolta dati per tesi di laurea

*Università degli Studi di Padova – sede di Conegliano (Tv)*  
*Corso di laurea in Terapia Occupazionale*

Laureanda: Sara Guiotto

Relatore: Alec Vestri

**Argomento della tesi:** Possibili aree di applicazione professionale per la terapia occupazionale nella sfera della sessualità

**Tipologia della tesi:** Mista (osservazionale e bibliografica)

**Scopo della tesi:** Capire con quali casi clinici e con quale metodologia un to può eseguire valutazioni e trattamenti nella sfera della sessualità

**Definizione del problema:** Le attività sessuali rappresentano un aspetto fondamentale nella vita della maggior parte delle persone, ma non sembrano essere prese in considerazione in to

**Formulazione dell'ipotesi:** L'argomento del sesso rientra tra i tabù sociali, dunque parlarne può mettere a disagio le persone coinvolte in un processo riabilitativo

#### Materiali e metodi:

- Consegna di una scheda di rilevazione a diversi professionisti (medici, psicologi, ft e to) di “La Nostra Famiglia” di Pieve di Soligo, con l'obiettivo di raccogliere dati sul come può essere gestita la sfera della sessualità in un centro di riabilitazione del territorio (è stata eseguita una ricerca bibliografica per costruire tale scheda);
- ricerca bibliografica in letteratura;
- analisi quantitativa dei dati raccolti a Pieve di Soligo e confronto con letteratura;
- formulazione di proposte di valutazione e trattamenti di to nella sfera della sessualità.

I dati di ogni professionista e di ogni paziente a cui si farà riferimento saranno anonimizzati e verranno trattati in forma aggregata per professione e per eziopatogenesi.

Verrà stesa una lista con i codici di anonimizzazione corrispondenti ai nomi a parte dai dati anonimizzati; i dati verranno conservati presso il server protetto dell'IRCCS, con accesso gestito da Vestri Alec e verranno pubblicati in tesi solo i dati elaborati in forma aggregata.

I partecipanti possono in ogni momento chiedere di rinunciare o di ritirare i propri dati dalla raccolta.

-----

Io (nome e cognome) \_\_\_\_\_

- acconsento  
 non acconsento

a raccogliere dati utili per il conseguimento della suddetta tesi di laurea.

Firma

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PARTECIPANTE

### PER LA TESI DI LAUREA DAL TITOLO: **Possibile aree di applicazione professionale per la terapia occupazionale nella sfera della sessualità**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in quanto

tutore o amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

diretto interessato

#### premessò che:

- il dr. Alec Vestri mi ha informato sugli aspetti relativi al presente studio, inclusi rischi e benefici;
- ho letto e compreso il foglio informativo;
- ho avuto il tempo di informarmi circa lo studio, di porre domande e di ricevere risposte soddisfacenti;
- potrò in qualsiasi momento ritirarmi dallo studio senza alcuna conseguenza negativa;

**Accetto** che i dati personali di \_\_\_\_\_ condivisi con gli operatori in fase di valutazione presso l'IRCCS E. Medea vengano utilizzati in forma anonimizzata, aggregata in modo assolutamente non riconducibile alla persona per elaborare la suddetta tesi di laurea

**Non accetto** che i dati personali di \_\_\_\_\_ condivisi con gli operatori in fase di valutazione presso l'IRCCS E. Medea vengano utilizzati per elaborare la suddetta tesi di laurea

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma di consenso

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome in stampatello del partecipante

---

#### Confermo

di aver ricevuto una copia del foglio informativo e del modulo di consenso informato firmata e datata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per ricezione del soggetto

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome in stampatello del partecipante

\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del responsabile raccoglie il consenso

\_\_\_\_\_

## **FOGLIO INFORMATIVO per tesi di laurea**

Gentile \_\_\_\_\_ (nome e cognome partecipante),

presso la struttura riabilitativa “IRCCS E. Medea, Associazione La Nostra Famiglia – Pieve di Soligo” è in programma una tesi di laurea dal titolo:

**“Possibili aree di applicazione professionale per la terapia occupazionale nella sfera della sessualità”**

Le proponiamo di consentire a condividere suoi dati sensibili (nome, diagnosi, età) per l’elaborazione di dati utili per la suddetta tesi di laurea. Nell’elaborazione finale saranno presenti solo i dati anonimizzati in forma aggregata. La pratica clinica non subirà modifiche.

### **Lo scopo dello studio**

Capire con quali casi clinici e con quale metodologia un to può eseguire valutazioni e trattamenti nella sfera della sessualità.

### **Numero approssimativo di partecipanti allo studio**

È prevista la raccolta di dati di circa 40 persone di età maggiore o uguale a 18 anni.

Il campione sarà formato da persone con qualsiasi tipo di malattia o disabilità.

### **La metodologia e i materiali dello studio**

- Consegna di una scheda di rilevazione a diversi professionisti (medici, psicologi, fisioterapisti e terapisti occupazionali) di “La Nostra Famiglia” di Pieve di Soligo, con l’obiettivo di raccogliere dati sul come può essere gestita la sfera della sessualità in un centro di riabilitazione del territorio (è stata eseguita una ricerca bibliografica per costruire tale scheda);
- ricerca bibliografica in letteratura;
- analisi quantitativa dei dati raccolti a Pieve di Soligo e confronto con letteratura;
- formulazione di proposte di valutazione e trattamenti di to nella sfera della sessualità.

### **Durata prevista del periodo di rilevazione dei dati**

La raccolta dei dati verrà effettuata dal medico, dallo psicologo, dal fisioterapista e dal terapeuta occupazionale di suo riferimento considerando le prime sei settimane dalle valutazioni iniziali con ogni professionista sanitario sopraccitato.

### **Possibili rischi derivanti dalla sua partecipazione allo studio**

La pratica clinica non verrà modificata, dunque non vi sono possibili rischi ulteriori.

### **Possibili benefici derivanti dalla sua partecipazione allo studio**

La sua partecipazione contribuirà ad esplorare un ambito ancora poco considerato nella riabilitazione in Italia, ma che incide positivamente sulla salute delle persone sul piano fisico, psichico e sociale.

### **Eventuali spese**

Sul piano economico la partecipazione allo studio non determina alcun tipo spesa per lei. Non riceverà inoltre alcun compenso economico per la partecipazione allo studio.

### **Circostanze e ragioni prevedibili per le quali la partecipazione allo studio potrebbe essere interrotta**

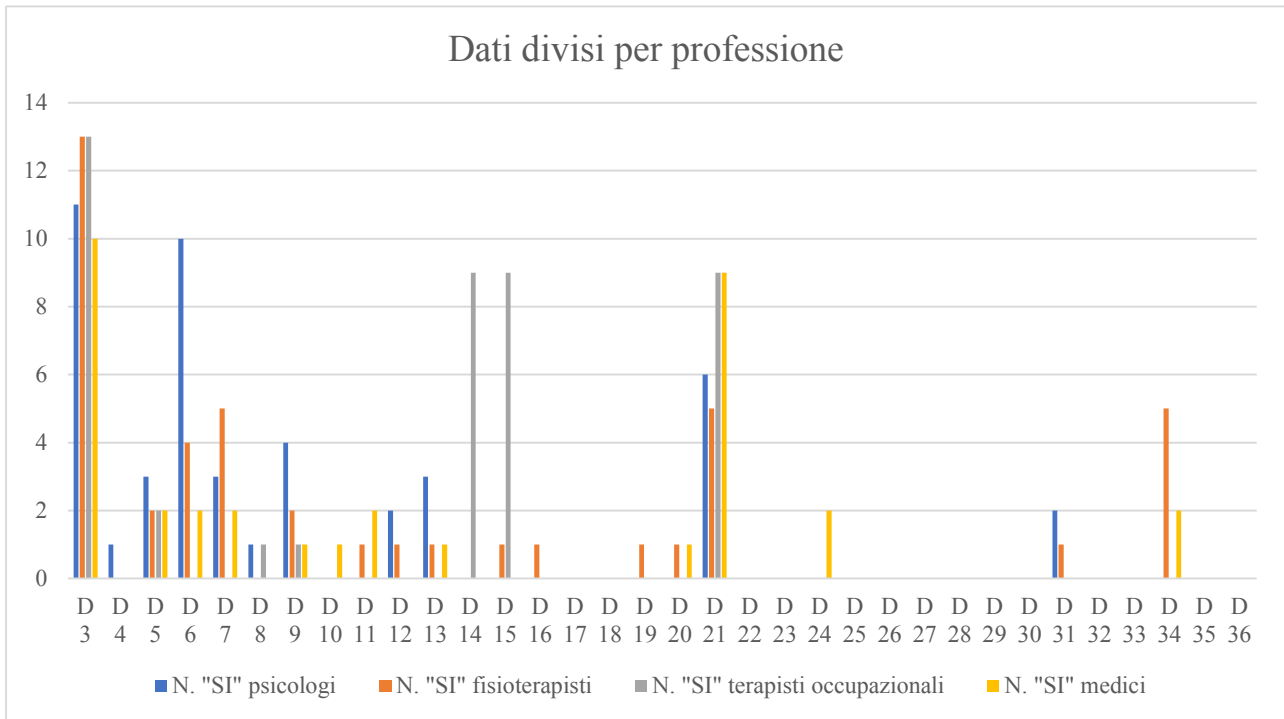
La partecipazione allo studio è in forma volontaria. Tutti i partecipanti potranno ritirarsi in ogni momento dallo studio per qualunque ragione senza bisogno di fornire spiegazioni ai responsabili della ricerca.

### **Responsabile scientifico della ricerca**

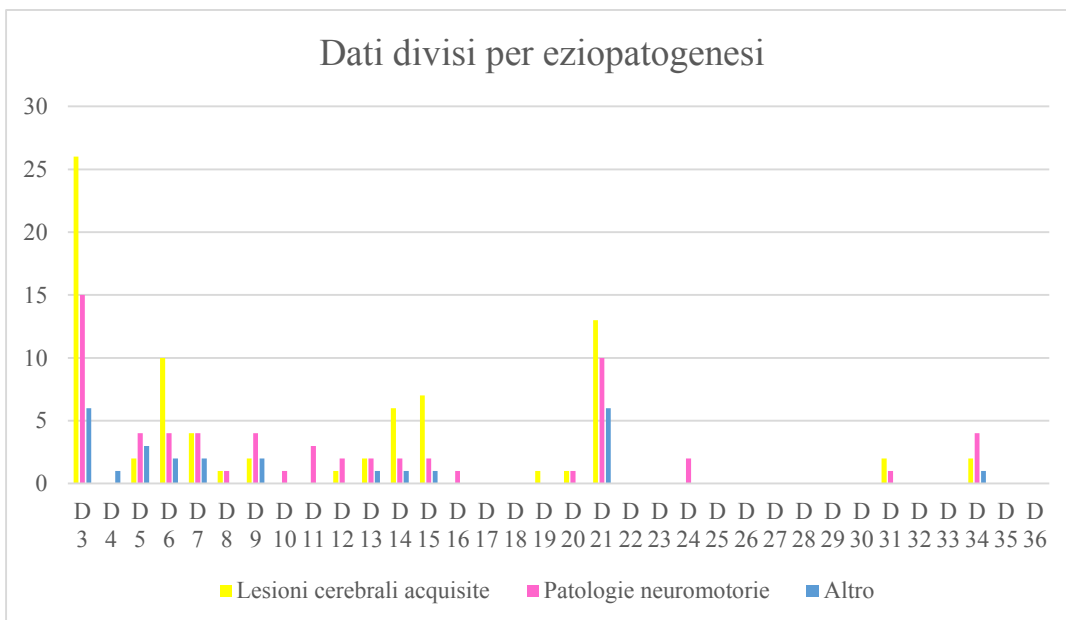
Per ogni evenienza, chiarimento e per la gestione dei dati, riferirsi al dr. Alec Vestri:

[alec.vestri@lanostrafamiglia.it](mailto:alec.vestri@lanostrafamiglia.it) telefono 04389062

**Grafico 8**



**Grafico 9**



## 8) BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. A. I. T. O. - Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali (2008), “*CODICE DEONTOLOGICO 2008 DEI TERAPESTI OCCUPAZIONALI*”, pag. 1-4.
2. American Occupational Therapy Association (2008), “*Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (2nd Edition)*”, American Journal of Occupational Therapy, Vol 62, n°6, pag. 631.
3. Arrington R., Cofrancesco J., Wu A. W., (2004), “*Questionnaires to measure sexual quality of life*”, Quality of life research, Vol 13, n°10, pag. 1643-1658
4. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, (1948), “*Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*”, “Preambolo”, pag. 1-2.
5. Couldrick L., Sadlo G., Cross V. (2010), “*Proposing a new sexual health model of practice for disability teams: the Recognition Model*”, International Journal of Therapy and Rehabilitation, Vol 17, n°6, pag 290-299
6. Hattjar B., (2012), “*Sexuality and Occupational Therapy: Strategies for Persons With Disabilities*”, The American Occupational Therapy Association, Inc., Bethesda.
7. Esmail S., Darry K., Walter A., Knupp H., (2010), “*Attitudes and perceptions towards disability and sexuality*”, Disability and Rehabilitation, Vol 32, n° 14, pag. 1148–1155
8. <https://getbumpn.com/> Data di accesso: 24/10/2022
9. <https://sexforeverybody.com/sex-aids-furniture/ergonomic-sex-toys-handles-and-gripping-aids/> Data di accesso: 24/10/2022
10. <https://www.aito.it/content/webinar> Data di accesso: 03/11/2022
11. [https://www.google.it/search?q=lovewear&hl=it&sxsrf=ALiCzsYgKJeMzd8CupZav-GMOqcGDOFP5Q:1666717103402&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiIpI6H7fv6AhVHXvEDHQghAa0Q\\_AUoA3oECAIQBQ&biw=1280&bih=552&dpr=1.5#imgre=ceUYzOoGuW07QM](https://www.google.it/search?q=lovewear&hl=it&sxsrf=ALiCzsYgKJeMzd8CupZav-GMOqcGDOFP5Q:1666717103402&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiIpI6H7fv6AhVHXvEDHQghAa0Q_AUoA3oECAIQBQ&biw=1280&bih=552&dpr=1.5#imgre=ceUYzOoGuW07QM) Data di accesso: 25/10/2022
12. <https://www.ledonnedellaportaaccanto.it/2021/02/19/progetto-lovewear-il-primo-sex-toy-per-donne-disabili-e-italiano/> Data di accesso: 25/10/2022
13. Lepage C., Auger L., Rochette A. (2021), “*Sexuality in the context of physical rehabilitation as perceived by occupational therapists*”, Disability and rehabilitation, Vol 43, n°19, pag. 2739-2749
14. Mc Grath M., Sakellariou D. (2016), “*Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality?*”, American Journal of Occupational Therapy, Vol 70, n°1, pag. 1-5.

15. Mc Grath M., Lynch E. (2014), “*Occupational therapists’ perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation*”, *Disability and rehabilitation*, Vol 36, n°8, pag. 651-657.
16. Neufeld J. A., Klingbeil F., Bryen D. N., Silverman B., Thomas A. (2002), “*Adolescent sexuality and disability*”, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, Vol 13, n°4, pag. 857–873.
17. O’Mullan C., O’Reilly M., Meredith P. (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 Journal*, Vol 68, n°3, pag. 272-281 (IPA).
18. Penna S., Sheehy K. (2000), “*Sex Education and Schizophrenia: Should Occupational Therapists Offer Sex Education to People with Schizophrenia?*”, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol 7, n°3, pag. 126–131.
19. Rubin R. (2005), “*Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis*”, *Nursing standard*, Vol 19, n°24, pag. 33-37.
20. Walker B. A., Otte K., Lemond K., Faulkner T., Hess P., Kaizer K., Christy D. (2020), “*Development of the Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI): Phase One*”, *The Open Journal of Occupational Therapy*, Vol 8, n°2, pag. 1-18
21. Walker B. A., Otte K., Lemond K., Faulkner T., Hess P., Kaizer K., Christy D. (2019), “*Development of the Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI): Phase One*”, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol 73, n°4 supplemento 1, pag. 1
22. World Health Organization (1948), Constitution. Disponibile online all’indirizzo: <https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=The%20Constitution%20was%20adopted%20by,are%20incorporated%20into%20this%20text> Data di accesso: 12/09/2022.
23. World Health Organization, (1986), “*Ottawa Charter for Health Promotion*”, “*Health Promotion*”, pag. 1.
24. World Health Organization, (2006), Sexual Health. Disponibile online all’indirizzo: [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2) Data di accesso: 10/09/2022.
25. Young K., Dodington A., Smith C., Heck C. S. (2020), “*Addressing clients’ sexual health in occupational therapy practice*”, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol 87, n°1, pag. 52-62