



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA
APPLICATA
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA
FORMAZIONE
CURRICOLO EDUCAZIONE SOCIALE E ANIMAZIONE CULTURALE

RELAZIONE FINALE

*SESSO E DISABILITÀ COGNITIVA:
DUE DIMENSIONI, UN SOLO CORPO*

RELATRICE Prof.ssa Marie Campagnaro

LAUREANDA Giovanna Carraro

MATRICOLA 2013497

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

*a chi vive nel mio cuore,
a chi non molla mai,
a chi soffre,
al sangue del mio sangue.*

INDICE

Introduzione	7
Capitolo 1. Contro le barriere sociali e culturali: riconoscere la sessualità delle persone con disabilità cognitiva	8
1.1 La disabilità cognitiva	8
1.2 Il diritto di vivere la propria sessualità	12
1.3 Barriere sociali: l'ICF	15
1.4 Riconoscere la sessualità: dalla società fino ai genitori	17
Capitolo 2. Linee guida educative per la sessualità delle persone con disabilità cognitiva	21
2.1 La sessualità delle persone con disabilità cognitiva	21
2.2 Manifestazioni sessuali	24
2.2.1 contatti corporei.....	24
2.2.2 masturbazione	25
2.2.3 rapporti sessuali	27
2.2.4 omosessualità	27
2.3 Intervenire sulla sessualità delle persone con disabilità cognitiva	28
2.3.1 tre modi di intendere la sessualità	28
2.3.2 l'educatore tra introspezione e comprensione	29
2.3.3 presupposti e indicazioni per interventi educativi.....	32
2.4 Proposte educative	34
2.4.1 secondo Fabio Veglia	34
2.4.2 secondo Hilary Dixon	37
2.5 Comportamenti problematici	39

Capitolo 3. Bruno, Marco, Eros, Davide, Arcangela, Alice	46
3.1 Tu, io, cena insieme domani	46
3.2 Eros e Marco	47
3.3 La madre di Davide.....	48
3.4 Foto erotiche	49
3.5 Alice	50
Conclusioni	53
Bibliografia	55
sitografia	57
Riviste	57

INTRODUZIONE

Le persone con disabilità cognitiva fanno sesso? Si masturbano? Hanno relazioni sentimentali? Sì, e godono degli stessi diritti di qualsiasi altro essere umano.

L'intento di questa relazione finale è proprio sostenere l'esistenza della dimensione sessuale delle persone con disabilità cognitiva. Un'esperienza così comune a tutti gli esseri umani ma allo stesso tempo così impregnata di tabù culturali, lo diventa ancora di più quando a sperimentarla sono le persone con disabilità cognitiva.

Eppure, anche in loro abita questo desiderio.

Convinzioni e atteggiamenti rappresentano l'ostacolo maggiore per oltrepassare le stesse barriere sociali che la nostra stessa società ha costruito per garantire la massima evoluzione della persona. Per questo motivo, la finalità del primo capitolo è fornire un quadro giuridico e normativo per evidenziare, oltre che i diritti, la necessità di riconoscere la sessualità delle persone con disabilità. Le diverse dichiarazioni dell'Organizzazione delle Nazioni Unite a riguardo, la *legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate* e il disegno Legge 1442 del 2014 della Repubblica Italiana, nonché l'ICF come strumento di riconoscimento degli atteggiamenti che ostacolano l'evoluzione e la realizzazione della persona, permettono di sostenere questa dimensione. Inoltre, non viene trattata una disabilità cognitiva in particolare poiché la zona del cervello in cui si manifesta la pulsione sessuale non è compromessa dal deficit, per cui essa si manifesta in tutte le persone a seconda della presenza di disabilità cognitiva - di quale essa sia - o meno.

La conoscenza in questo ambito è ancora piuttosto scarsa poiché non esistono teorie scientifiche, ma nel secondo capitolo verranno proposte delle linee guida per l'agire educativo, anche in occasione di comportamenti problematici.

Infine, nell'ultimo capitolo si troveranno la descrizione di alcuni episodi come esempio del desiderio sessuale nelle persone con disabilità. Questi li ho vissuti in prima persona, ed è proprio grazie a tali esperienze che ho compreso la necessità di approfondire questa dimensione.

CAPITOLO 1

Contro le barriere sociali e culturali: riconoscere la sessualità delle persone con disabilità cognitiva

1.1 La disabilità cognitiva

La disabilità cognitiva è un termine molto ampio poiché fa riferimento ad un ampio repertorio di disabilità che indicano un deficit delle funzioni cognitive; la disabilità cognitiva comporta un ritardo mentale nelle persone, che equivale a una risposta negativa dovuta a qualche disfunzione. Dunque, non indica necessariamente una sindrome, ma può essere uno degli effetti di queste¹.

Esperto in sviluppo tipico e atipico, Renzo Vianello (2008) fa riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association, il *DSM-IV-TR* (2000) per fornirne un quadro. Al suo interno, infatti, vengono fornite delle classificazioni dei ritardi mentali, secondo 16 categorie: disturbi diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza, delirium e altri disturbi cognitivi, condizioni mediche non classificate altrove, disturbi legati a sostanze, disturbi psicotici, dell'umore, dell'ansia, disturbi somatoformi, dissociativi, disturbi fittizi, sessuali, dell'alimentazione, del sonno, disturbi degli impulsi non classificati altrove, dell'adattamento, disturbi della personalità e, infine, un'altra sezione che riguarda altre condizioni che possono essere soggette ad attenzione². Ci concentreremo sulla prima classe, dove rientrano anche i disturbi pervasivi dello sviluppo.

Vianello sottolinea che nella definizione di ritardo mentale nel *DSM-IV-TR*, si indicano non tanto le basse prestazioni ma le prestazioni cognitive dovute a processi patologici, attivati anche da uno svantaggio socioculturale, che infieriscono sul sistema nervoso centrale. Inoltre, la prima sezione indica i ritardi mentali diagnosticati entro i 18 anni, anche se in alcuni casi ci si può rendere conto solo quando si diventa adulti, di

¹ Vianello R., *Disabilità intellettive. Per studenti di laurea magistrale*, Parma, Edizioni Junior, 2008, p. 12.

² Ivi, p. 13.

persone con un QI uguale o inferiore a 70 e con difficoltà adattive in almeno due di queste aree:

- comunicazione;
- cura della persona;
- vita in famiglia;
- capacità sociali/interpersonali;
- uso delle risorse della comunità;
- autodeterminazione;
- capacità di funzionamento scolastico;
- e/o lavorativo;
- tempo libero;
- salute;
- sicurezza.

In tutti questi aspetti, infine, è necessario tenere a mente:

- il background socioculturale;
- altre disabilità associate;
- il livello di istruzione;
- la motivazione, la collaborazione e le emozioni³.

In particolare Francesco Rovatti (2016) - psicologo, neuropsicologo e sessuologo nonché autore di numerose pubblicazioni in ambito di ricerca clinica ed educativa - precisa che le persone con ritardi mentali presentano difficoltà nel linguaggio, povero nelle forme e nei contenuti; difficoltà nelle funzioni percettive influenzando così i processi di assimilazione e accomodamento; nelle funzioni esecutive, cioè i processi di regolazione attentiva, le capacità di giudizio e astrattive; a volte nelle funzioni prassiche, che regolano i movimenti. Inoltre, nelle persone con queste disabilità si

³ Vianello R., *Disabilità intellettiva. Per studenti di laurea magistrale*, Parma, Edizioni Junior, 2008, pp.14-19.

riscontrano modalità di pensiero autocentrate, dunque difficilmente comprenderanno le prospettive altrui quando fortemente discordanti dalle proprie. Altro fattore deficitario può rappresentarsi nelle capacità metacognitive, che riguardano la consapevolezza dei propri processi cognitivi e la capacità di utilizzare strategie di autoregolazione su questi⁴. Inoltre Vianello (2008) sulla base del *DSM -IV -TR* scrive che quando il ritardo mentale è in forma lieve (QI da 50-55 a 70) le persone hanno tutte le risorse per poter vivere nella comunità, anche sotto la guida di qualcuno; quando il ritardo mentale è moderato (QI da 35-40 a 50-55) le persone vivono solitamente in ambienti protetti e la loro partecipazione alla vita sociale e lavorativa comporta una moderata supervisione, come per la cura della propria persona; le persone con ritardo mentale grave nei casi più fortunati riescono a raggiungere un livello minimo di comunicazione e, se non con la famiglia, vivono in ambienti altamente protetti dove riescono a svolgere compiti semplici. La maggior parte delle persone con ritardo mentale gravissimo (QI sotto il 20-25) presentano una condizione neurologica che spiega questo ritardo e vivono in ambienti altamente protetti e controllati. Infine si utilizza il termine *gravità non specificata* quando si presuppone un ritardo mentale ma non si riesce a valutare il soggetto perchè non collaborativo, troppo compromesso o troppo piccolo. Comunque, chi presenta un ritardo mentale non presenta un profilo di personalità preciso, a meno che non si associ ad altri deficit e infatti, la maggior parte delle persone con ritardo mentale presenta disturbi mentali in comorbidità.

Tra i tanti disturbi mentali più associati al ritardo mentale troviamo i disturbi pervasivi dello sviluppo e quelli legati alla sindrome di Down, che è la causa cromosomica di ritardo mentale più diffusa. I primi presentano disabilità in almeno tre livelli:

- interazione sociale;
- comunicazione;
- interessi, completamenti e attività scarse.

Tra questi il disturbo autistico e il disturbo di Asperger, anche se questo si

⁴ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 22.

caratterizza per un livello di intelligenza normale ed è molto meno diffuso rispetto al primo; altri disturbi pervasivi dello sviluppo, invece, non sono specificati perché non soddisfano del tutto i criteri delle specifiche diagnosi.

Infine, per quanto riguarda le sindromi genetiche, nel *DSM-IV-TR* ne sono classificate 750. Quella più famosa è la sindrome di down, che è anche la causa genetica più diffusa di ritardo mentale; caratterizzata da un QI normale nei primi anni di età, mentre diminuisce drasticamente con l'avanzare degli anni: generalmente inferiore a 40 all'età di 18 anni⁵.

Dunque, le disabilità intellettive sono moltissime e comportano un deficit nel funzionamento intellettuale e adattivo, riguardante le abilità sociali e personali; comportano la necessità di supporto da parte di genitori e/o enti sociali oltre che una gestione che si basa sull'informazione, e sono diagnosticate entro i 18 anni, accertamento che deve tenere conto anche del contesto socioculturale dei soggetti.⁶ Ma come sostiene Anffas, l'associazione nazionale di persone e famiglie con disabilità intellettiva più grande in Italia, definirle non è semplice

poiché le persone con disabilità intellettive possono essere davvero molto diverse tra di loro [...] solo quando la disabilità intellettiva è espressione di una particolare condizione genetica [...] ci può essere un aspetto fisico tipico. Anche in questi casi bisogna ricordare che ogni persona, senza o con disabilità intellettiva, è unica.⁷

L'ultimo aspetto che analizzeremo per fornire un quadro generale su questo tipo di disabilità, sono le cause. Fra queste si individuano i fattori prenatali, come le infezioni congenite, ad esempio il virus dell'HIV, della rosolia, il toxoplasma gondii, il virus herpes simplex e altri; le anomalie cromosomiche, i disturbi patologici e le patologie neurologiche; altri fattori di rischio sono l'assunzione di farmaci, di sostanze tossiche e una cattiva alimentazione. Un'altra causa di disabilità intellettiva è legata a

⁵ Vianello R., *Disabilità intellettiva. Per studenti di laurea magistrale*, Parma, Edizioni Junior, 2008, pp. 20-87.

⁶ Sulkes S. B., *Disabilità intellettiva, in Manuale MSD. Versione per professionisti*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-dell-apprendimento-e-dello-sviluppo/disabilità-intellettiva>

⁷ Anffas Nazionale, *Disabilità intellettive, cosa sono*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.anffas.net/it/disabilita-intellettive-e-disturbi-dello-spettro-autistico/cosa-sono/disabilita-intellettive-cosa-sono/>

complicanze durante la gravidanza, quindi a fattori perinatali, come la gravidanza multipla, la prematurità, il parto distocico o problemi della placenta. I Fattori postnatali invece riguardano le encefaliti batteriche e virali, le meningiti, le intossicazioni croniche ad esempio da piombo; gli incidenti che causano danni cerebrali, la malnutrizione e la deprivazione ambientale, infatti la mancanza di stimoli durante i primi anni di vita rappresenta una delle prime cause di disabilità intellettiva.⁸

Renzo Vianello (2008) specifica inoltre il fattore dell'ereditarietà ancora a partire dal *DSM-IV-TR*, un fattore che include aberrazioni cromosomiche, errori congeniti del metabolismo e altre anomalie. Comunque, i fattori solitamente sono biologici o psicosociali⁹ ma risulta difficile individuare le cause delle disabilità intellettive, più semplice individuarle per altro quando si ha a che fare con forme gravi, con un profilo specifico.

1.2 Il diritto di vivere la propria sessualità

Professore ordinario di Pedagogia speciale all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Luigi d'Alonzo (2009) sostiene che “la Pedagogia speciale ha l'obiettivo prioritario di favorire l'integrazione delle persone con bisogni specifici e particolari nel loro contesto sociale e culturale e, quindi, di prepararle a una vita che, seppure problematica e complessa, ha necessità di essere pienamente vissuta con gli altri”¹⁰.

Il compito degli educatori e delle altre figure professionali, dunque, è preparare queste persone a una vita che seppur complessa, hanno il diritto di vivere nel modo migliore. Le persone con disabilità infatti, godono degli stessi diritti delle altre persone: l'articolo 2 della *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite* annuncia che “ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente

⁸ Sulkes S. B., *Disabilità intellettiva, in Manuale MSD. Versione per professionisti*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-dell-apprendimento-e-dello-sviluppo/disabilità-intellettiva>

⁹ Vianello R., *Disabilità intellettiva. Per studenti di laurea magistrale*, Parma, Edizioni Junior, 2008, p.28.

¹⁰ D'Alonzo L., *Il contributo della pedagogia speciale nella formazione degli insegnanti*, in Favorini M. (a cura di), *Pedagogia Speciale e formazione degli insegnanti. Verso una scuola inclusiva*, Milano, FrancoAngeli, 2009, p. 10.

Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione”¹¹ e, secondo l'articolo 3, “ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona”¹². Inoltre, prendiamo in considerazione anche la legge 5 febbraio 1992 n.104, ossia la legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, che dichiara che la Repubblica:

a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e di autonomia della persona handicappata, e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;

b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile, e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali¹³.

L'intento di questa piccola premessa è porre l'accento sull'uguaglianza dei diritti delle persone con disabilità, ma entriamo nel cuore del discorso proseguendo nel dettaglio con una dichiarazione che sostiene quanto voglio evidenziare, un diritto che riguarda la dimensione sessuale delle persone con disabilità. L'Organizzazione delle Nazioni Unite infatti “si è espressa chiaramente sull'argomento. La sessualità della persona con disabilità cognitiva non rappresenta solo un bisogno, ma è anche un diritto”¹⁴.

Nel 1993, quindi, durante l'Assemblea Generale ha promosso un documento che dice

Persons with disabilities must not be denied the opportunity to experience their sexuality, have sexual relationships and experience parenthood. Taking into account that persons with disabilities may experience

¹¹ Senato della Repubblica, *Dichiarazione Universale dei diritti umani*. Disponibile all'indirizzo: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/DICHIARAZIONE_diritti_umani_4lingue.pdf

¹² Ibid.

¹³ *Legge 5 febbraio 1992, n. 104*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

¹⁴ Pezzetta R., *Disabilità intellettiva, identità e sessualità*, in Lascioli A., Tosini F., Pezzetta R., *Cinquanta di questi giorni. Per pensare la sessualità del disabile intellettivo*, Roma, Arcne, 2010, p. 101.

difficulties in getting married and setting up a family, States should encourage the availability of appropriate counselling. Persons with disabilities must have the same access as others to family-planning methods, as well as to information in accessible form on the sexual functioning of their bodies. di seguito, States should promote measures to change negative attitudes towards marriage, sexuality and parenthood of persons with disabilities, especially of girls and women with disabilities, which still prevail in society¹⁵.

Per cui alle persone con disabilità non deve essere negata la possibilità di compiere esperienze sessuali, conoscere la propria sessualità, avere rapporti e conoscere il proprio corpo e gli Stati devono fornire un supporto adeguato, cercando di abbattere le barriere sociali caratterizzate da atteggiamenti negativi e pregiudizi nei confronti della sessualità nelle persone con disabilità.

Anche nella *Convenzione internazionale delle Nazioni Unite*, l'ONU all'articolo 23 dichiara che gli Stati debbano impegnarsi ad eliminare i pregiudizi e le disuguaglianze delle persone con disabilità nei confronti dei matrimoni, della famiglia e delle relazioni personali, sostenendo il diritto alla procreazione¹⁶. L'ONU, dunque, sottolinea la presenza della dimensione sessuale nelle persone con disabilità come un bisogno che si esprime anche in forma relazionale e non solo individuale e come precisa Francesco Rovatti (2016), senza dover avvertire un senso di vergogna¹⁷.

Voglio concludere con il disegno Legge 1442 del 2014, in cui il Senato della Repubblica afferma che

Il diritti sessuali sono oggi considerati diritti umani, la cui violazione costituisce violazione dei diritti all'uguaglianza, alla non discriminazione, alla dignità e alla salute. [...] Con la sentenza n. 561 del 18 dicembre 1987 la Corte costituzionale ha precisato che «Essendo la sessualità uno degli essenziali modi di espressione della persona umana, il diritto di disporne liberamente è senza dubbio un diritto soggettivo assoluto, che va ricompreso tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione ed inquadrato tra i diritti inviolabili della persona umana che

¹⁵ United Nations, *General Assembly*, 1994. Disponibile all'indirizzo: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/119/96/PDF/N9411996.pdf?OpenElement>

¹⁶ Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione-ONU.pdf>

¹⁷ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 17.

l'articolo 2 Cost. impone di garantire». [...]L'impossibilità, con questi presupposti, di raggiungere una condizione di benessere psicofisico, emotivo e sessuale, costituisce una limitazione al diritto fondamentale alla salute, limitazione che la normativa ha il dovere di prevenire¹⁸.

1.3 Barriere sociali: l'ICF

Sulla base di quanto suggerito dall'ONU e dal Senato della Repubblica¹⁹, gli Stati devono impegnarsi ad abbattere le barriere sociali che limitano il riconoscimento dei diritti sessuali il suo manifestarsi. Infatti le barriere sociali sono essenziali nello sviluppo della persona con disabilità, e non, nel senso che influenzano la massima evoluzione della persona. Quando parliamo di barriere sociali intendiamo quei fattori contestuali che la ostacolano e in riferimento alla dimensione sessuale nelle persone con disabilità cognitiva, sono la mancanza di informazioni e di supporto delle reti, dei genitori e dalla società in sé, dovuta a una forte stigmatizzazione. Per questo è opportuno prendere in considerazione la *Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*.

L'ICF, è uno strumento approvato nel 2001 ed emanato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con “lo scopo generale [...] di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e alcune componenti ad essa correlate”²⁰. Questo strumento dunque, non indica le conseguenze delle varie patologie e malattie, ma i fattori che costituiscono lo stato di salute, prendendo in considerazione anche gli aspetti sociali della disabilità perché pone in relazione le condizioni di salute con l'ambiente. Infatti, definisce la disabilità come “gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali)”²¹. Utilizza, infine, un approccio sociale, ovvero un approccio basato sui diritti umani.

Questo strumento dovrebbe aiutarci a individuare gli ostacoli o gli interventi che

¹⁸ Senato della Repubblica, *Legislatura 17^a-disegno legge n. 1442, 2014*. disponibile all'indirizzo: https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/769165/index.html?part=ddlpres_ddlpres1

¹⁹ Contenuto citato nelle pagine precedenti.

²⁰ *Icf. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, Trento, Erickson, 2004, p. 13. disponibile all'indirizzo: <https://docenti.unimc.it/catia.giaconi/teaching/2023/28852/files/icf-versione-breve-1>

²¹ *Ivi*, p. 181.

possiamo effettuare, a promuovere progettualità che possono garantire la massima auto-realizzazione possibile della persona con la quale si entra in relazione, indicando di prendere in rassegna tutte le dimensioni esistenziali della persona, quindi sociali, familiari e personali, poiché “I fattori ambientali interagiscono con tutte le componenti del funzionamento e delle disabilità. Il costrutto di base dei Fattori Ambientali è la funzione facilitante o ostacolante che il mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti può avere sulle persone”²². Quindi, i fattori contestuali che possono ostacolare o agevolare la vita di una persona possono essere ambientali, che si suddividono a loro volta in individuali o sociali, e personali, non specificati nell' ICF per la loro enorme variabilità culturale; in più “un fattore ambientale può essere una barriera sia a causa della sua presenza (ad esempio, atteggiamenti negativi verso le persone con disabilità) sia della sua assenza (ad esempio, la mancata disponibilità di un servizio necessario)”²³.

Ma allora, che tipo di fattore ambientale risulta essere una barriera sociale per la vita sessuale nelle persone con disabilità cognitiva? Gli atteggiamenti. Questi, secondo la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute

sono le conseguenze osservabili di costumi, pratiche, ideologie, valori, norme, convinzioni razionali e convinzioni religiose. Questi atteggiamenti influenzano il comportamento individuale e la vita sociale a tutti i livelli, dalle relazioni interpersonali e associazioni comunitarie alle strutture politiche, economiche e giuridiche; gli atteggiamenti individuali o della società [...] possono ad esempio motivare pratiche positive, onorifiche o invece pratiche negative e discriminanti (ad es. stigmatizzazione, stereotipizzazione e marginalizzazione o abbandono della persona). [...] I valori e le convinzioni non vengono codificati separatamente dagli atteggiamenti poiché sono ritenuti le forze stesse che li guidano²⁴.

L'ICF fa riferimento agli atteggiamenti della famiglia, degli operatori sanitari o di altri indirizzi e di quelli della società, cioè alle “opinioni e convinzioni generali o specifiche [...] rispetto a una persona o ad altri argomenti (ad es. questioni sociali, politiche ed economiche), che influenzano il comportamento e le azioni individuali”²⁵.

²² *Icf. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, Trento, Erickson, 2004, p. 20. disponibile all'indirizzo:

<https://docenti.unimc.it/catia.giaconi/teaching/2023/28852/files/icf-versione-breve-1>

²³ *Ivi*, p. 211.

²⁴ *Ivi*, p. 168.

²⁵ *Ibid.*

Dunque, è chiaro che le barriere sociali che ostacolano la piena libertà delle persone con disabilità cognitiva non sono solo semplici supposizioni, ma hanno davvero un impatto nella realizzazione del sé, nel proprio progetto di vita, sulla propria autostima.

Il senso di questo paragrafo è rendere evidente che pregiudizi e credenze non sono affatto da considerare in secondo piano, ma, come scritto precedentemente, sono essenziali e possono ostacolare l'evoluzione, la vita e le esperienze delle persone con disabilità. Infine, anche Francesco Rovatti (2016) sostiene che

è comune che gli atteggiamenti, sia espliciti che impliciti che vengono adottati a favore di persone disabili, in contesti diversi, portino queste a creare dei vissuti di inferiorità e difficoltà nel condividere relazioni con gli altri. Sono aspetti, questi, che, inevitabilmente, incidono in modo significativo sulla possibilità di vivere al meglio la propria sessualità²⁶.

1.4 Riconoscere la sessualità: dalla società fino ai genitori

L'ostacolo è sociale e culturale. Francesco Rovatti (2016) ci fa notare che la nostra società non è ancora orientata nell'ottica di un approccio bio-psico-sociale come quello che propone l'ICF, la cui accezione di disabilità diventa neutrale poiché in relazione a una difficoltà legata al contesto, suggerendo così l'apertura verso l'inclusione. La nostra società tiene ancora le radici ben salde sulla accezione di disabilità tipica del modello medico, che guarda a ciò che manca, alla menomazione, al deficit della persona. Così, si pensa alla sessualità come qualcosa che non esiste nelle persone con disabilità, perché legata a un deficit, a qualcosa che manca, a un problema, a qualcosa di cui non si può tenere conto perché non si può sistemare. questo approccio è riduttivo perché fa riferimento a un'ottica meccanicistica, limitata e non tiene conto di ciò che è l'obiettivo dell'educazione, ovvero la piena realizzazione del sé e lo sviluppo delle autonomie²⁷.

In questo senso, è fondamentale liberarsi da preconcetti e convinzioni, per ridurre al minimo le barriere sociali che impediscono la piena realizzazione delle persone.

L'ambiente gioca un ruolo fondamentale influenzando gli atteggiamenti e le

²⁶ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 18.

²⁷ Ivi, pp. 15-16.

convinzioni che si hanno riguardo la sessualità delle persone con disabilità, ostacolando l'evoluzione e i bisogni della persona. Questo vale per la società in sé e per i genitori, continuando a rinforzare gli stessi pregiudizi, ma anche per gli educatori che agiscono secondo un clima di apertura o chiusura in corrispondenza della propria mentalità e opinioni. Infatti, pensare alla piena realizzazione delle persone con disabilità significa anche renderli autonomi nella sfera sessuale, e questo non può accadere senza il coinvolgimento di famiglie e società, non più orientata da certe convinzioni²⁸. D'altra parte, Andrea e Giulia Mannucci (2007) sostengono che

Bisogna sfatare lo stereotipo che un deficit mentale riduca anche le facoltà sessuali ed affettive, perchè essa è regolata da parti del cervello che non sono state danneggiate o lo sono state in maniera minima. Se dunque le capacità di apprendimento di concetti o modalità operative possono essere ridotte, ciò in genere non vale per l'apprendimento e lo sviluppo della dimensione sessuale²⁹.

Inoltre, dovremo tenere a mente la chiara posizione dell'Onu in relazione al diritto di vivere la propria sessualità, che sottolinea “che è necessario cominciare a pensare - non solo caso per caso, ma anche a livello sociale, culturale e legislativo - le modalità attraverso cui riconoscerne effettivamente l'applicazione”³⁰. Dunque, è necessario riconoscere questo bisogno come normale, non deve essere considerato il problema. È questa la base da cui partire. Il problema, infatti, dovrebbe concentrarsi su come creare percorsi e interventi di educazione sessuale pensati per la tipologia di utenti presa in caso. Rovatti (2016) sottolinea che se non aiutiamo le persone con disabilità a sperimentare anche questa dimensione, non potremo mai promuovere un senso di sé che possa generare autodeterminazione e amore per se stessi, presupposti dei rapporti d'amore³¹. Ecco le prime sfide, riconoscere questo diritto a livello sociale, culturale e legislativo in modo da avvicinarlo alla quotidianità delle persone con disabilità cognitiva e abbattere le convinzioni comuni.

²⁸ Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, p. 23.

²⁹ Ivi, p.27.

³⁰ Pezzetta R., *Disabilità intellettiva, identità e sessualità*, in Lascioli A., Tosini F., Pezzetta R., *Cinquanta di questi giorni. Per pensare la sessualità del disabile intellettivo*, Roma, Arcne, 2010, p. 101.

³¹ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p.18.

Si tratta per lo più di un problema culturale, accentuato da una concezione di sessualità di per sé non chiara che nella cultura occidentale trova radici nella Chiesa, considerato come qualcosa di proibito, scandaloso, vergognoso, impuro e perverso. Per questo la sessualità, come sostengono Andrea e Giulia Mannucci (2007) è di per se un argomento tabù per un genitore di un figlio “normodotato” a causa di influenze religiose, culturali, etiche, “perché coinvolge direttamente la sua sfera affettiva, emotiva, perché innesca processi di identificazione o di controtransfert, perché deve parlare di cose che ha sempre taciuto”³², ma lo diventa ancora di più quando i figli presentano delle disabilità, considerati sempre eterni bambini, in cui il sesso diventa negato. Invece, le richieste arrivano, i desideri prendono voce e le manifestazioni sessuali diventano atti evidenti e concreti, e a quel punto si tende a negare, a soddisfare e ad utilizzare soluzioni frettolose. Inoltre, i due autori evidenziano una differenziazione a seconda del sesso della persona con disabilità, poiché esiste una distinzione tra maschi e femmine: a queste tendenzialmente viene represso il desiderio, mentre ai maschi vengono fornite soluzioni più rapide come la visione di video o film pornografici, la prostituzione o, in alcuni casi, sono le madri che secondo modalità diverse, condividono l’atto sessuale con il figlio. Dunque, emerge la necessità di educare non solo i figli, ma anche i genitori per poter affrontare le richieste, i desideri e gli episodi attraverso la miglior soluzione, senza repressione e vergogna ma con la consapevolezza che, come i genitori anche i figli, anche le persone con disabilità, necessitano di manifestare ed esprimere questi bisogni, che oltre ad essere fisiologici sono anche dei diritti³³.

La famiglia, quindi, “deve anche autoeducarsi, a partire dalla presa di coscienza dell’esistenza di certe problematiche e della necessità di affrontarle”³⁴.

³² Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, p.19.

³³ Ivi, pp. 18-21.

³⁴ Ivi, p. 21.

CAPITOLO 2

Linee guida educative per la sessualità delle persone con disabilità cognitiva

2.1 La sessualità delle persone con disabilità cognitiva

Grazie alle sensibilità emergenti a seguito dei diritti delle persone con disabilità nel campo della sessualità, questa tematica è leggermente più avvertita. Ma l'esperta britannica Hilary Dixon (1990) sostiene che non è sufficiente fermarsi alla sua sensibilizzazione e divulgazione, perché il problema successivo ha a che fare con la concretezza “ed in effetti alla domanda “che fare” il genitore e l'educatore rimangono senza nessun tipo di risposta o parvenza di essa”¹.

Vediamo innanzitutto come si presenta la sessualità. Il pedagogo Mariani Vittore (2013) sostiene che la sessualità è costituita dalla relazione con l'altro, dall'istinto, dal puro piacere carnale, dall'affettività e dalla progettualità e allo stesso tempo può non essere relazione con l'altro, può non essere istinto, non sempre c'è un sentimento di affettività dietro ai nostri comportamenti e non sempre c'è una progettualità dietro ai nostri incontri.² I noti ricercatori in ambito sessuale Zoccarato e Veglia (2003) - quest'ultimo professore di Psicologia clinica all'Università di Torino - sostengono però, che la sessualità delle persone con disabilità cognitiva viene spesso vissuta in solitudine, nascosta con vergogna e repressa da genitori e operatori; altre volte si manifesta con comportamenti poco adeguati, in contesti inopportuni, per noia o per assumere una posizione sociale. Si evidenzia l'incapacità di viverla in modo opportuno, l'incapacità di incontrarsi, di corteggiarsi e di sperimentare. A volte nasconde storie di abuso e violenza, ma esistono anche storie di coppia, con rapporti sessuali e manifestazioni amorose, che tutta via possono portare a una gravidanza inaspettata o a malattie trasmissibili. Ciò che è certo è che a ogni gesto si nasconde un significato, un bisogno, un desiderio³.

¹ Dixon H., *Anch'io... , L'educazione alla sessualità nell'handicappato. Guida pratica*, ©Trento, Erickson, 1990, p. 7.

² Vittore M., *Disabilità intellettiva. Educazione affettiva e sessuale*, Milano, Paoline Editoriale Libri, 2013, p. 95.

³ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 26-27.

Pediatra e ricercatrice in ambito sessuale, Jole Baldaro Verde (2003) sottolinea che la sessualità della persona con disabilità mette in crisi gli operatori e i genitori, che non sapendo come gestirla, spesso la reprimono. Così, mancando l'autonomia per poter costruire delle basi, la persona con disabilità è costretta a vivere la sessualità da sola, a tentativi, sperando nell'aiuto degli altri. Tenendo a mente che ogni caso è a sé, la sessualità della persona con disabilità cognitiva rappresenta quindi una sfida da raccogliere.⁴ Tra l'altro Rovatti (2016) ci ricorda che “la sessualità [...] potrebbe tuttavia rappresentare un ambito di esperienza privilegiato nelle persone con disabilità, essendo legata a strutture sottocorticali solitamente meno compromesse dal deficit cognitivo”⁵.

Nel particolare, Veglia e Zoccarato (2003) sostengono che

La vita sessuale ed affettiva delle persone con handicap psichico è regolata da centri del SNC normalmente non compromessi dalla lesione cerebrale responsabile del deficit cognitivo. Nonostante L'handicap ponga a volte dei grossi limiti ad una sua adeguata espressione, il terreno dal quale nasce la sessualità è un terreno abitualmente «sano»⁶.

Dunque, promuovere la sessualità della persona con disabilità intellettiva rientra in un'ottica di promozione della persona e l'obiettivo dei progetti educativi è quello di guidare la persona con disabilità verso una maggiore autonomia. Ma nell'ambito della disabilità sembrano esserci delle incongruenze. Infatti, quando prevale una prospettiva assistenziale, Rovatti (2016) sottolinea che “tutte le dinamiche vengono spese all'interno dei binari di un approccio assistenziale che allontana la persona disabile dalla possibilità di costruirsi un *io autonomo* svincolato dai propri punti di riferimento genitoriali o educativi”⁷. Questa prospettiva tiene lontano il tema della sessualità nelle persone con disabilità, che non ha niente a che fare con un approccio assistenziale che si

⁴ Verde J. B., *Sessualità ed handicap: pregiudizi dal maschile al femminile*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 41-44.

⁵ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 21.

⁶ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 22.

⁷ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 63.

muove secondo dinamiche di accudimento e dipendenza; le difficoltà che vivono le persone con disabilità in relazione alla sessualità sono dovute proprio a criticità educative e relazionali che non consentono o annullano la possibilità di raggiungere maggior autonomia e autodeterminazione⁸.

Rosangela Pezzetta (2010) - educatrice e insegnante di Pedagogia Speciale - sostiene che se la sessualità è fondamentale per una costruzione del sé, perché la sessualità è relazione, è incontro con l'altro, è alterità e conoscenza, riconoscimento e appartenenza, l'identità sessuale e la sessualità occupano uno spazio ampio nella costruzione della propria identità. Scandisce anche i nostri cosiddetti *ruoli*, all'interno della società, e ci spinge verso determinate scelte⁹. Ma Fabio Veglia (2003) evidenzia che nelle persone con disabilità intellettiva, quando non si verifica un supporto da famiglia e operatori, vengono a mancare quelle basi su cui poter costruire la propria sessualità. Ecco perché sono fondamentali degli interventi educativi. La mancanza di autonomia, che genera sofferenza, li rende ancora più necessari, e la condizione di sofferenza in cui vive la persona con disabilità, la porta ancor di più a rincorrere quel piacere che ricerca generalmente l'essere umano¹⁰. Cioè, secondo Jole Baldaro Verde (2003), quando i bisogni non vengono soddisfatti e la persona con disabilità non riesce a sviluppare una sessualità equilibrata, questo ha ripercussioni sulla propria autonomia, di conseguenza sulla propria autostima e realizzazione di sé. Così, vengono attuati comportamenti difensivi tra cui l'aggressività, espressione di ribellione e di bisogno di affettività e l'esibizionismo, espressione della necessità di un'identità sessuale ed espressione di una richiesta non solo sessuale, ma semplicemente relazionale¹¹.

⁸ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento , Erickson, 2016, pp. 63-64.

⁹ Pezzetta R., *Disabilità intellettiva, identità e sessualità*, in Lascioli A., Tosini F., Pezzetta R., *Cinquanta di questi giorni. Per pensare la sessualità del disabile intellettivo*, Roma, Arcne, 2010, p. 54.

¹⁰ Veglia F., *Gestire i comportamenti sessuali problematici*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 129.

¹¹ Verde J. B., *Sessualità ed handicap: pregiudizi dal maschile al femminile*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 42.

2.2 Manifestazioni sessuali

L'elemento che differisce tra maschi e femmine è fisico, cioè il nostro organo genitale. Il sesso ci definisce come “maschi” o “femmine” a seconda del pene o della vulva, ma ognuno di noi è dotato anche di una sessualità¹², definita dal nostro modo di porci, i nostri atteggiamenti, le nostre emozioni e i nostri desideri, Andrea e Giulia Mannucci (2007) sostengono che “la sessualità infatti, è un modo di vivere, di relazionarmi con gli altri e si sviluppa consapevolmente o meno. [...] può anche farci sentire donne se siamo uomini o uomini se siamo donne, o entrambi le cose”¹³.

Vittore (2013) rileva che le manifestazioni sessuali più frequenti nelle persone con disabilità cognitiva sono:

- i contatti corporei;
- la masturbazione;
- la voglia di rapporti sessuali;
- l'omosessualità¹⁴.

2.2.1 Contatti corporei

Le persone con disabilità cognitiva, manifestando problematicità nella comunicazione e nella espressione dei propri sentimenti, emozioni e bisogni, ricorrono tantissimo al contatto fisico, che può essere spesso un abbraccio, un bacio sulla guancia, una carezza. Come educatori bisogna tener presente che ci può essere l'occasione per un gesto d'affetto, ma bisogna anche saper frenare o dire no nel momento in cui si verifica più del dovuto, per non creare fraintendimenti. Inoltre, Veglia (2003) evidenzia che per la persona con disabilità cognitiva è importante saper gestire i rifiuti, senza rabbia o ansia, saper rispettare lo spazio dell'altro e imparare i gesti dell'amore, ovvero un linguaggio decodificabile¹⁵.

¹² Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, p. 30.

¹³ Ivi, pp. 30-31.

¹⁴ Vittore M., *Disabilità intellettiva. Educazione affettiva e sessuale*, Milano, Paoline Editoriale Libri, 2013, p. 146.

¹⁵ Veglia F., *Promuovere la vita sessuale delle persone handicappate*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 126.

2.2.2 Masturbazione

Andrea e Giulia Mannucci (2007) sostengono che la masturbazione, che consiste nel provare piacere in seguito alla stimolazione del proprio organo genitale, è la manifestazione sessuale più utilizzata nelle persone con disabilità mentale grave.¹⁶ Può essere compulsiva, ma questo non è necessariamente da associare alle persone con disabilità mentale; La masturbazione è utilizzata più dai maschi che dalle femmine, che sono molto più riservate e “vale certamente anche per i disabili, essendo la masturbazione molto frequente tra i maschi, ma molto meno tra le femmine, man mano che il deficit mentale si manifesta meno grave”¹⁷. Questo anche perché per i maschi è più semplice raggiungere l'orgasmo, essendo anche più veloce, mentre per le femmine questo si raggiunge solo intenzionalmente. In più, il piacere autoerotico aumenta se la masturbazione avviene davanti a qualcuno, perché per le persone con disabilità mentale equivale a fare l'amore con dei partner¹⁸.

Inoltre Rovatti (2016) sottolinea che la masturbazione assume diversi significati in base alla persona e al contesto, perché può essere utilizzata per puro piacere sessuale, come ansiolitico o per rispondere a situazioni di noia¹⁹, ma spesso viene considerata come una perversione tollerabile poiché deriva da una persona con deficit cognitivo, invece che essere colta nel suo atto di semplice gratificazione personale, dimostrando così alla persona con disabilità un atteggiamento rassicurante, aiutandola anche a sdrammatizzare²⁰.

Infine, Veglia (2003) sostiene che di fronte a casi non problematici, ma in cui la masturbazione non viene vissuta con serenità, bisogna:

- analizzare i prerequisiti necessari e le abilità che servono per masturbarci;
- verificare i prerequisiti e le abilità che sono già in essere nella persona, e quelle che sono ancora da sviluppare;

¹⁶ Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, p. 38.

¹⁷ Ivi, p. 39.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 27.

²⁰ Piana G., *Etica, handicap e sessualità*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 156.

- individuare le strategie per favorire l'apprendimento;
- definire gli obiettivi del proprio intervento;
- individuare i momenti in cui gli utenti possono sperimentare la masturbazione;
- mantenere la masturbazione in una prospettiva di piacere, non favorirne l'utilizzo compulsivo;
- individuare solo un educatore che si occupi dell'apprendimento;
- essere sicuri che l'educatore posseda le conoscenze necessarie e sostenerlo;
- riportare i bisogni sessuali nell'ambito della privacy dell'utente e in relazione alla propria autodeterminazione e autonomia.

Inoltre, l'educatore che insegna l'esperienza deve:

- essere preparato sulla sessuologia;
- utilizzare con peripezia i metodi;
- aver chiaro cosa vuole insegnare e le implicazioni etiche;
- operare sulla base di una mission in linea con i propri valori e compatibile con l'equipe di lavoro;
- essere consapevole dei propri vissuti sessuali;
- possedere la capacità di gestire le emozioni in modo sofisticato, avere una certa sensibilità;
- escludere un interesse morboso verso l'utente o l'apprendimento di tale argomento;
- escludere interessi da parte dell'utente verso sé;
- avere un buon rapporto con il proprio corpo e quelli degli altri;
- utilizzare il problem solving e non aver paura di sbagliare;
- utilizzare i feedback degli utenti per orientare gli interventi;
- non essere la figura di riferimento degli utenti o sostitutiva della famiglia.²¹

²¹ Veglia F., *Promuovere la vita sessuale delle persone handicappate*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 121-125.

2.2.3 Rapporti sessuali

Veglia (2003) ci restituisce una bellissima definizione del piacere, “è comunicazione, spettacolo, creatività. Appassisce negli schemi, si rigenera nel gioco, si dilata oltre il corpo e ne supera i confini e molti limiti”²², ricordandoci che non dovrebbero esistere limitazioni; tutta via quando si fa riferimento ai rapporti sessuali è necessario, almeno in parte, che le persone siano coscienti dei propri gesti, che questi siano condivisi e che si attribuiscono dei significati in comune²³.

I rapporti sessuali delle persone con disabilità cognitiva in molti casi avvengono in seguito a una connessione affettiva, preceduti da gesti romantici e regali.

Fondamentale è che siano consapevoli dei potenziali rischi e conseguenze, come le gravidanze, che conoscano il proprio corpo e in questo possono essere guidati dagli educatori, “attraverso un percorso graduale di autoregolazione”²⁴. Affinché possa verificarsi un rapporto sessuale, Andrea e Giulia Mannucci (2007) evidenziano che la persona con disabilità cognitiva “dovrebbe quindi riuscire ad integrare l’«io corporeo» con l’io «psichico», maturando un’identità nuova, abbandonando cioè gli schemi relazionali e atteggiamenti infantili legati alla famiglia, per accedere a stili relazioni del mondo adulto”²⁵. E quando si conoscono le regole del gioco, nonostante alcune limitazioni, può essere un’esperienza non tanto più riduttiva rispetto ad altre²⁶.

2.2.4 Omosessualità

Mariani Vittore (2013) sostiene che spesso l’omosessualità delle persone con disabilità cognitiva non è in linea con un orientamento sessuale consapevole ma è il risultato di ambienti disfunzionali, abusi, traumi o ambienti caratterizzati dalla solo

²² Veglia F., *Promuovere la vita sessuale delle persone handicappate*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 128.

²³ Ibid.

²⁴ Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, p. 44.

²⁵ Ibid.

²⁶ Veglia F., *Promuovere la vita sessuale delle persone handicappate*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 128.

presenza di uomini o donne²⁷. In questo caso è necessario comprendere quale sia il reale orientamento sessuale della persona con disabilità e, se risultato di un vissuto negativo, progettare un intervento educativo ad hoc che permetta alla persona di raggiungere un grado più alto di autonomia.

L'educatore comunque deve svestirsi di pregiudizi morali riguardo l'omosessualità, nonostante "spesso non vi sia relazione fra stimolo sessuale e possibilità di soddisfarlo con l'altro sesso"²⁸, sottolineano Andrea e Giulia Mannucci (2007). Spesso infatti, le manifestazioni affettuose tra persone con disabilità dello stesso sesso, hanno l'intento di scoprirsi e scoprire i corpi, "la masturbazione reciproca viene, invece, interpretata come forma più elaborata di autoerotismo"²⁹. Infine, può succedere che la fase di adolescenza dedicata alla coscienza del proprio orientamento sessuale, si prolunghi anche nell'età adulta³⁰.

2.3 Intervenire sulla sessualità delle persone con disabilità cognitiva

2.3.1 Tre modi di intendere la sessualità

Veglia e Zoccarato (2003) propongono tre modi per parlare di sessualità:

- attraverso il modo della biologia, che fa riferimento non solo a un programma biologico che ha scopo riproduttivo, ma anche a un programma biologico che regola i rapporti interpersonali e favorisce il mantenimento del rapporto di coppia: il sesso come strumento per unire, uno strumento relazionale. Pensare alla sessualità come modo per stare insieme nelle persone con disabilità apre la prospettiva ad altri modi per scambiarsi amore, che hanno a che fare con i gesti;
- il sesso come conoscenza. Il secondo modo è considerare la sessualità come una forma

²⁷ Vittore M., *Disabilità intellettiva. Educazione affettiva e sessuale*, Milano, Paoline Editoriale Libri, 2013, pp. 147-148.

²⁸ Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, p. 40.

²⁹ Ivi, p. 41.

³⁰ Ibid.

di conoscenza³¹. Per spiegarlo Veglia (2003) utilizza la metafora della carezza “che comprende tutte le possibili carezze che un uomo ed una donna (o due persone dello stesso sesso) possono scambiarsi utilizzando le mani, la bocca, il pene, la vagina o qualsiasi altra parte del loro corpo”³². Ovvero, in queste carezze si nascondono significati, emozioni, scambi, che a volte non si riescono e non si possono dire a voce e che costituiscono una conoscenza incarnata;

- l'ultimo modo per parlare di sessualità è attraverso la storia, cioè la prospettiva nel tempo, il rincontrarsi che genera ancora conoscenza. Ed ecco che il desiderio di incontrare il corpo dell'altro si protrae anche nella vecchiaia, quando un corpo diventa apparentemente meno bello, ma resta bellissimo per l'altro che abbiamo davanti. E così è, e rimane, il corpo di una persona con disabilità³³.

2.3.2 L'educatore tra introspezione e comprensione

Veglia e Zoccarato (2003) sostengono che non esiste un modello teorico stabile per poterlo proporre, ma possiamo riportare le linee guida e le acquisizioni che riguardano la promozione della sessualità delle persone con disabilità³⁴.

È utile prima evidenziare alcune contraddizioni dell'agire educativo in relazione all'ambito della sessualità delle persone con disabilità intellettiva, perché fanno riferimento a uno dei presupposti fondamentali dei progetti educativi: il raggiungimento della massima autonomia possibile. Infatti quando viene attuato un servizio di educazione sessuale si tende, al contrario, ad applicare il principio della minima autonomia possibile, come se fosse più spaventoso concedere la possibilità di raggiungere più autonomia in ambito sessuale per gli operatori, che per gli utenti.

Un'altra contraddizione ha a che fare con la tendenza a interventi di carattere repressivo per eliminare la spinta sessuale, piuttosto che trovare delle soluzioni e

³¹ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 23-25.

³² Ivi, p. 25.

³³ Ivi, pp. 25-26.

³⁴ Ivi, p. 20.

lavorare a delle alternative. Infine, perché ci si ostenta a produrre progetti educativi sofisticatissimi quando, a causa dei fattori biologici, non si potranno mai ottenere i grandi risultati previsti? Perché lavorare sulle aree povere, e non concentrarsi sulle potenzialità che possono avere altre aree? La sfera sessuale del cervello non è compromessa dalla disabilità intellettiva, per cui rappresenta un terreno fertile su cui lavorare, un area di forte potenzialità. Invece, ci si concentra sulle parti mancanti e una delle motivazioni di tali contraddizioni, è dovuto proprio all'idea che abbiamo del rapporto disabilità e sessualità³⁵.

Per un educatore, infatti, può essere complesso intervenire sulla sessualità delle persone con disabilità. L'intervento è impegnativo anche perché smuove le sue emozioni e i suoi vissuti, ma una buona consapevolezza e conoscenza di sé permettono di intervenire senza preoccupazioni³⁶. Inoltre, i modelli pedagogici a cui facciamo riferimento sono fortemente influenzati dai significati personali e culturali perciò è importante essere consapevoli di quali sono i nostri criteri e le nostre esperienze, i riferimenti culturali, la nostra idea di sessualità, l'idea che stiamo utilizzando nella nostra vita e quella che stiamo proponendo agli utenti³⁷. Questo è una parte fondamentale su cui l'educatore deve lavorare, infatti Francesco Rovatti (2016) sostiene che è inevitabile far riferimento al proprio sistema valoriale, perché ci guida nelle scelte quotidiane, perché fa parte del nostro vissuto³⁸, ma come educatori non è possibile agire solo secondo le proprie convinzioni, perché

se la prospettiva individuale diventa chiave di lettura per i comportamenti/atteggiamenti/desideri altrui, non si fa servizio alla persona. Da mediatori e facilitatori si diventa sostituti, andando a vicariare e a

³⁵ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 21-22.

³⁶ Veglia F., *Gestire i comportamenti sessuali problematici*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 129.

³⁷ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 20-23.

³⁸ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 26.

sostituire significati personali, desideri e bisogni di altri con i propri, più rassicuranti e meno ingombranti. [...] Porsi in qualità di mediatori rappresenta certamente una posizione scomoda, perché rimanda inevitabilmente alla necessità di far filtro, senza essere mossi dalla propria soggettività e senza stabilire aprioristicamente ciò che è lecito o meno in base a scelte valoriali individuali³⁹.

Porsi da sostituiti, perciò, comporta l'assunzione di atteggiamenti che non hanno niente a che fare con la mission educativa, che è accompagnare le persone nel loro percorso di massima realizzazione di sé.

È importante quindi che l'educatore svolga un lavoro di introspezione per prendere consapevolezza delle proprie convinzioni. Infatti uno dei fattori centrali per l'azione educativa è proprio la conoscenza di sé perché come evidenzia Milena Santerini (2019) “quando si educa riemergono tali modelli [...] con il rischio di una riproduzione inconsapevole di proiezioni e immagini già vissuti nella propria storia”⁴⁰.

Un altro fattore essenziale è comprendere i significati dei gesti della persona con disabilità in modo che l'educatore possa relazionarsi senza essere stranito dall'altro e/o imporre le proprie convinzioni. Veglia e Zoccarato (2003) sottolineano che in assenza di tali informazioni diventa difficile e problematico pensare di poter offrire una maggior autonomia sessuale⁴¹, quindi, come evidenzia Rovatti (2016) “l'obiettivo ultimo è quello di promuovere nuovi comportamenti costruendoli insieme sulla base dei significati evocati”⁴². E “per fare ciò è necessario porsi in una posizione di attento ascolto di istanze spesso non espresse, in quanto poco chiare alla stessa persona che le vive”⁴³.

Ascoltare e osservare sono due competenze fondamentali per l'educatore, Rosangela Pezzetta (2010) sostiene che sono “il punto da cui partire per elaborare in

³⁹ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, pp. 26-27.

⁴⁰ Santerini M., *Pedagogia socio-culturale*, Milano, Mondadori, 2019, p. 62.

⁴¹ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 23.

⁴² Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 28.

⁴³ Ivi, p. 27.

forma progettuale e pratica l'intervento educativo"⁴⁴, e dall'azione si ritorna alla riflessione, alla teoria, per poter aggiustare il nostro intervento e riportare altra teoria altro sapere per la nostra pratica, secondo la circolarità "teoria-prassi-teoria"⁴⁵. "Questo discorso vale per ogni ambito dell'educazione, compresa l'educazione sessuale. [...] Ciò che oggi appare una sfida quasi insuperabile, potrebbe non essere tale in futuro"⁴⁶.

2.3.3 Presupposti e indicazioni per gli interventi educativi

Rosangela Pezzetta (2010) sostiene che "la sessualità necessita di percorsi formativi ed educativi specifici, e questo non riguarda solo le persone con disabilità intellettiva, per poter accompagnare le persone in "un processo di sviluppo fondamentale"⁴⁷. Inoltre, Patrizia Gasperi (2013) evidenzia che

si tratta di pensare che l'intervento degli educatori o dei professionisti della cura e dell'aiuto, compresi gli operatori scolastici, [...] si allarga alle problematiche di una proposta educativo-didattica capace di promuovere l'inclusione nel più vasto orizzonte esistenziale della persona stessa, assumendo le caratteristiche di una vera e propria funzione di accompagnamento nella direzione di senso da individuare o ristrutturare all'interno delle differenti progettazioni esistenziali⁴⁸.

È importante sottolineare che oltre al lavoro di questi, è fondamentale il supporto delle famiglie per iniziare e formulare un percorso di educazione sessuale. La famiglia è la prima cellula sociale e apre le persone a contribuire alla costruzione della polis, della città dell'uomo⁴⁹. Ecco perché possiamo individuare i primi due assunti fondamentali

⁴⁴ Pezzetta R., *Disabilità intellettiva, identità e sessualità*, in Lascioli A., Tosini F., Pezzetta R., *Cinquanta di questi giorni. Per pensare la sessualità del disabile intellettivo*, Roma, Arcne, 2010, p.103.

⁴⁵ Agostinetto L., *Educare. Epistemologia pedagogica logica formativa e pratica educativa*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2013, p. 27.

⁴⁶ Pezzetta R., *Disabilità intellettiva, identità e sessualità*, in Lascioli A., Tosini F., Pezzetta R., *Cinquanta di questi giorni. Per pensare la sessualità del disabile intellettivo*, Roma, Arcne, 2010, p.103.

⁴⁷ Ivi, p.101.

⁴⁸ Gasperi P., *Una cornice epistemologica per i Bisogni Educativi Speciali*, in Pavoni M (a cura di), *L'integrazione scolastica e sociale. Rivista pedagogico-giuridica*, Vol 12, n. 4, pp. 344-354, Trento, Erickson, 2013. disponibile all'indirizzo: <https://rivistedigitali.erickson.it/integrazione-scolastica-sociale/it/visualizza/pdf/877>

⁴⁹ Vittore M., *Disabilità intellettiva. Educazione affettiva e sessuale*, Milano, Paoline Editoriale Libri, 2013, p. 99.

da tenere in considerazione sia per educatori e sia per i genitori quando si vuole promuovere la dimensione sessuale nelle persone con disabilità cognitiva:

- la persona con disabilità non è un eterno bambino;
- la persona con disabilità non presenta deficit nella sfera sessuale.

Ancora per entrambi, Andrea Mannucci Giulia Mannucci (2007) sostengono che sia necessario:

- riflettere sulle proprie convinzioni, date dalle esperienze ma soprattutto dalle influenze sociali e culturali;
- lavorare sulla comunicazione e sull'ascolto;
- saper distinguere il bisogno fisiologico e sessuale da quello affettivo;
- superare il tabù della masturbazione e normalizzare l'atto per entrambi i sessi.

È utile:

- la visione di film, narrazioni e l'utilizzo di immagini visive;
- la divulgazione del concetto di privacy, cioè di spazi adatti dove poter rispondere al proprio bisogno, come il bagno o la propria camera da letto;
- imparare a comunicare di questo in modo sereno e aperto con i propri figli⁵⁰.

Secondo queste prime linee guida fornite dai due autori, i genitori utilizzano un approccio dialettico, ma per formulare un progetto di educazione sessuale, gli educatori devono:

- approfondire l'argomento attraverso opere, riviste, saggi critici e partecipare a corsi di aggiornamento;
- osservare la realtà in cui si opera, tenendo conto del contesto sociale e culturale delle famiglie;
- tenere conto delle difficoltà dell'utente e della gravità del deficit, delle potenzialità e dell'età;
- verificare e Monitorare costantemente l'andamento del percorso attraverso gli

⁵⁰ Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, pp. 27-28.

strumenti di monitoraggio, quali questionari o colloqui singoli o di gruppo con gli utenti per avanzare proposte, dubbi e domande;

- dedicare uno spazio a questa tematica attraverso discussioni e qualora ce ne fosse

l'occasione e l'esigenza, affrontarlo anche durante le altre attività con gli utenti, per evidenziare che non deve essere un argomento negato perchè pericoloso o scandaloso, ma può e deve entrare nella quotidianità;

- gli educatori devono porsi come "consiglieri", stimolando la postura di apertura dell'utente verso essi e la fiducia;

- coinvolgere i genitori, illustrare le finalità del corso, supportarli e proporre un percorso psicologico e pedagogico indirizzato esclusivamente a loro;

- deve esserci coerenza tra la teoria e la realtà quotidiana, senza usare la via dell'evitamento;

- fare riferimento a un coordinatore nel caso in cui si abbiano dei dubbi, che può essere uno psicologo ad indirizzo analitico o un pedagogista altamente formato in questo campo.

È utile:

- utilizzare un linguaggio semplice e ripetere più volte affinché si è sicuri che l'utente abbia compreso il concetto;

- adattare uno stile lessicale diverso per diversi livelli di intervento, dal più basso al più alto⁵¹.

2.4 Proposte educative

2.4.1 Secondo Fabio Veglia

Veglia e Zoccarato (2003) sostengono che in questo ambito l'educazione deve essere concepita come "un percorso di conoscenza che consenta alle persone di

⁵¹ Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007, pp. 28-30.

trovare i significati migliori per la propria vita, e di imparare ad esprimerli attraverso modalità che rappresentino per loro un'occasione di crescita, anziché di disagio, e di emarginazione"⁵².

Secondo questo approccio un progetto di educazione sessuale deve fondarsi sul concetto di relazione educativa emozionante. Cioè, partendo dal presupposto che le persone con disabilità cognitiva conoscono di più attraverso i segnali trasmessi al proprio corpo, bisognerà lavorare per favorire sensazioni positive sulla sessualità. Per fare questo è consigliato assumere la forma di un racconto, come guardare un film e nel mentre commentarlo, e quando questo scorre il nostro atteggiamento rispetto a quel momento deve far scattare in loro la curiosità di conoscere le sensazioni dei protagonisti, di comprendere le loro scelte e i loro gesti. Le nostre emozioni e le nostre parole devono spingerli in questa ricerca, e così potranno assumere gli stessi gesti, le stesse motivazioni di quella narrazione vista insieme; potranno manifestarsi in forma esplicita nei gesti e nelle parole oppure in forma tacita, ma possiamo contribuire a costruire una conoscenza, a far assumere senso a un gesto. I contenuti della narrazione devono insegnare come conoscersi e come incontrarsi, attraverso sequenze logiche di scelte, emozioni e comportamenti, ponendo l'attenzione sul quando e il come.

Il linguaggio della nostra narrazione deve essere semplice e deve invocare loro sensazioni, deve riuscire a toccarli, ma a volte non è sufficiente e allora tenendo conto dei confini fondamentali, il miglior metodo di conoscenza è sempre il corpo. Si può quindi pensare alla presenza di un modello.

Altro fondamento del progetto educativo consiste nella conoscenza dei significati degli utenti attribuiti alla sessualità. Per accompagnarli verso una maggior conoscenza e autonomia, abbiamo bisogno di capirli, di capire se sono l'unica soluzione o se possiamo consigliare soluzioni alternative. Durante la visione del film quindi, possiamo guidarli sui significati che guidano quei gesti, e possiamo farlo riformulando quelli che assumono nei confronti dei loro gesti. La narrazione ci aiuta così a formulare il significato che quella persona assume nei confronti di un comportamento, un gesto o un

⁵² Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 28.

episodio ma anche a evidenziare eventuali discordanze nel corso di tale narrazione.

Osservando il loro corpo, invece, possiamo conoscere il significato della loro esperienza, riuscendo a tradurre elementi che altrimenti non sarebbero chiari. Infine, dovremmo proporre e negoziare nuovi scenari alle loro narrazioni⁵³.

Non esistono ancora evidenze scientifiche nell'ambito dell'educazione sessuale delle persone con disabilità, è infatti un campo ancora molto da scoprire⁵⁴. Tutta via, è certo che l'educazione passa anche per il trasferimento di informazioni, ma per quanto riguarda la dimensione sessuale sembra che non debba essere così. Allora Veglia (2003), propone un modello di educazione che prevede una relazione ricca di emozioni, stimolata dalla figura dell'educatore in modo da evocare la motivazione a conoscere negli utenti, e da qui si passa al trasferimento delle informazioni che si hanno scelto.

In particolare, l'educatore deve utilizzare la logica, l'etica e l'estetica per rendere possibile una attribuzione di significati, cioè una costruzione di una conoscenza individuale. Inoltre l'educatore deve anche saper facilitare le abilità cognitive e comportamentali che permettono di costruire una conoscenza. La progressione di questa conoscenza renderanno l'individuo sempre più autonomo, obbiettivi alla base della relazione educativa volta alla crescita.

Questo approccio consente di imparare da soli, e quindi favorisce l'autoformazione. Ma l'aspetto su cui Veglia vuole porre l'attenzione è sul passaggio di informazioni, fondamentale ma anche possibile fattore di problematicità: nel momento in cui l'educatore, come per ogni altro ambito dell'educazione, si pone come esempio e comunica a modo suo la sessualità, questo può generare vergogna in lui o essere sconveniente. Importante infatti il sostegno del resto del gruppo di lavoro, affinché siano condivisi i valori. Se questi sono differenti, saranno fonte di conflitti.

Quando il nostro utente ha compreso cosa sia la sessualità e cosa sia l'amore, dovrebbe essere necessario imparare come si fa l'amore, come ci si tocca e ci si corteggia. Non si può essere generici, perché la persona con disabilità ha bisogno di entrare nel merito⁵⁵.

⁵³ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 28-30.

⁵⁴ Ivi, p. 20.

Francesco Rovatti (2016) sostiene che il deficit cognitivo ha bisogno di scendere nel particolare, senza dar per scontato o considerare l'argomento naturale, anche per non affrontarlo⁵⁶.

Dunque, secondo Veglia (2003) l'educatore deve mostrare emozioni positive di fronte ai successi ovvero alla trasmissione di una nuova conoscenza, mostrandosi entusiasta davanti a un modo di comportarsi; per fare questo deve possedere un'adeguata conoscenza e deve saper comunicare anche attraverso il linguaggio del corpo, quando le parole non sono sufficienti⁵⁷.

2.4.2 Secondo Hilary Dixon

Hilary Dixon (1990), esperta britannica in questa materia, propone delle soluzioni che educatori e operatori professionali possono mettere in atto per affrontare la sessualità delle persone con disabilità cognitiva. “La filosofia [...] vuole riconoscere e accettare la sessualità delle persone con handicap mentale ed il loro diritto ad esprimerla nello stesso modo degli altri”⁵⁸. Propone quindi con un percorso formulato in varie fasi, a cui ad ognuna di queste, attraverso attività guidate da un educatore, si associa un obiettivo:

1) imparare a comunicare, con lo scopo di imparare a relazionarsi e creare relazioni significative. Ad esempio si può chiedere agli utenti di mettersi in cerchio, uno di questi inizia e dice il suo nome e il compagno vicino dirà prima il suo per poi presentare il primo; lo stesso per il compagno vicino al secondo e così via;

2) essere consapevoli del proprio corpo, perché in assenza di un percorso di questo tipo le persone con disabilità mentali ne hanno scarsa conoscenza. L'obiettivo delle attività che rientrano in questo punto è anche, così, rendere gli utenti più sicuri di se stessi. Per

⁵⁵ Veglia F., Educare la sessualità delle persone con handicap mentale, in Veglia F. (a cura di), Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 148-149.

⁵⁶ Rovatti F., Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori, Trento, Erickson, 2016, p. 66.

⁵⁷ Veglia F., Educare la sessualità delle persone con handicap mentale, in Veglia F. (a cura di), Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 150.

⁵⁸ Dixon H., Anch'io... , L'educazione alla sessualità nell'handicappato. Guida pratica, ©Trento, Erickson, 1990, p. 10.

esempio, seguendo la musica si può chiedere agli utenti di sperimentare le molteplici possibilità di movimento del proprio corpo, chiedendogli di rannicchiarsi, di muovere le braccia, ecc;

3) lavorare sull' autostima, per rendere le persone con disabilità cognitiva responsabili delle proprie scelte e azioni. Ad esempio, in gruppo o a coppie ci si può esercitare a dire "sì" o "no" mentre l'educatore propone alcune domande del tipo "ti è mai capitato di dire sì quando volevi dire no?";

4) aver cura di se stessi. Per esempio, si può proporre un esercizio che consenta di prender consapevolezza su cosa e quando ci piace essere toccati;

5) relazioni interpersonali, per lavorare sulla loro comprensione e formazione, toccando altre competenze come quelle della comunicazione, spesso difficile e che rende complesso il rapporto delle persone con disabilità e terzi. Ad esempio, si può introdurre la considerazione positiva del provare piacere attraverso la masturbazione, distinguendo i luoghi privati e adeguati da quelli pubblici;

6) vivere la propria sessualità. Per affrontare questa fase, è importante aver lavorato su quelle precedenti in modo da poter lavorare in modo efficace dal punto di vista comunicativo, di aver fiducia per sentirsi a proprio agio all'interno di quel gruppo ed essere consapevoli di se stessi e del proprio corpo. Ad esempio, si può introdurre il concetto di esperienza sessuale attraverso la distinzione e l'individuazione tra sensazioni positive e negative e si può partire da determinate sensazioni alle quali gli utenti possono associare determinate immagini;

7) gravidanza, parto e essere genitori. Altri tre temi su cui occorre porre l'attenzione per rendere consapevoli e responsabili delle proprie scelte le persone con disabilità, affinché possano conoscere il significato della gravidanza, come avviene, di essere genitori e cosa questo comporta. Si può svolgere una discussione in cui si impara cos'è la gravidanza, ma è importante utilizzare anche modalità meno astratte attraverso l'uso di oggetti, affinché le informazioni possano essere più efficaci;

8) igiene sessuale. Hilary Dixon pone, infine, l'attenzione sulla divulgazione delle informazioni che riguardano le abitudini igieniche del proprio corpo, trattando anche la

contraccezione e le malattie sessualmente trasmissibili. Qui, si possono ad esempio mostrare i contraccettivi attraverso una modalità partecipativa, mostrando dei prototipi reali e facendoli toccar⁵⁹.

2.5 Comportamenti problematici

Un ulteriore punto su cui è opportuno soffermarsi, sono i comportamenti problematici. Capiamo cosa sono e come gestirli.

Francesco Rovatti (2016) sostiene che molti comportamenti problematici non sono legati al deficit, ma sono il risultato di un percorso educativo scarno, i cui utenti non vengono educati ai comportamenti corretti. Continuamente considerati fragili ed eterni bambini, raramente vengono proposti percorsi di educazione affettiva e sessuale, per cui trovano radici in un processo di adultizzazione che è incompleto, piuttosto che nel deficit. Tutta via, quest'ultimo può rappresentare problematico per la regolazione delle emozioni e delle pulsioni, ad esempio nelle persone con sindrome autistica i comportamenti problematici sono dovuti a un mancato senso di pudore e/o all'assenza di autocontrollo che può condurre le persone a masturbarsi in pubblico. In questi casi non è opportuno reprimere il desiderio ma promuovere un comportamento più funzionale che insegni il giusto luogo e momento⁶⁰. Inoltre, è importante capire il significato di quel gesto, che può essere fatto anche per noia. Rovatti riporta un esempio: se un bambino si masturba in classe, il gesto potrebbe aver poco a che fare con un bisogno sessuale ma, piuttosto, ci si dovrebbe interrogare sulle modalità di inclusione utilizzate verso quel bambino. Cioè, se l'insegnante operasse con modalità più inclusive, probabilmente il bambino non sceglierebbe quell'opzione per passare il tempo. In questi casi, il gesto può essere attribuito all'esclusione e, di conseguenza, alla noia⁶¹. Ed è qui che l'educatore deve saper leggere i gesti della persona, per non reprimere un comportamento che in realtà è legato ad altri tipi di bisogni. È quindi fondamentale un lavoro di codifica dei comportamenti, per partire dal non manifesto, da

⁵⁹ Dixon H., Anch'io... , L'educazione alla sessualità nell'handicappato. Guida pratica, ©Trento, Erickson, 1990, pp. 13-113.

⁶⁰ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, p. 23.

⁶¹ Ivi, p. 32.

quel bisogno inespresso. Ed è compito degli educatori, oltre che dei genitori, costruire un nuovo modello comportamentale, più adeguato rispetto al contesto e che rimandi allo stesso bisogno⁶². Francesco Rovatti (2016) sostiene che “un’azione educativa deve dunque essere finalizzata a trovare i significati migliori, traducendoli in prassi comportamentali adeguate”⁶³.

In particolare Vittore Mariani (2013) sottolinea che la masturbazione compulsiva può nascondere sentimenti ed emozioni come “senso di isolamento, di abbandono effettivo, di solitudine, di tensioni relazionali, di alienazione. Può evidenziare che manca una vita relazionale e sociale coinvolgente, appagante, in ambienti sereni [...]; può essere un’invocazione a poter stabilire rapporti anche fisici con un corpo ritenuto brutto, storpio, ripugnante”⁶⁴. Vittore propone anche delle linee guida di fronte a questo tipo di comportamento, che è anche la manifestazione più utilizzata dalle persone con disabilità intellettiva:

- prevenire la frequente masturbazione, non si incentiva;
- favorire un clima sereno e festoso, svolgere attività gratificanti;
- favorire contatti fra le persone con disabilità anche con l’assunzione di atteggiamenti fraterni, materni o paterni;
- promuovere il senso del pudore e atteggiamenti per evitare abusi da parte di adulti sessualmente disturbati;
- decidere in equipe quali deterrenti mettere in campo di fronte a un possibile comportamento problematico;
- scegliere video, film, immagini che non rispecchino una sessualità volgare o denigrante la persona umana;
- assumere modelli di comportamento adeguati, ispirando così un buon comportamento morale nei confronti dell’affettività, delle relazioni e dello stile di vita⁶⁵.

⁶² Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, pp. 60-61.

⁶³ Ivi, p. 61.

⁶⁴ Vittore M., *Disabilità intellettiva. Educazione affettiva e sessuale*, Milano, Paoline Editoriale Libri, 2013, p. 146.

⁶⁵ Ivi, pp. 46-47.

Oltre a questo, Fabio Veglia (2003) sostiene che di fronte a comportamenti problematici una soluzione può essere assumere delle modalità restrittive, ma mai repressive, che possono aver senso in ragione del benessere degli altri e garantire la salute dell'utente⁶⁶. A questo proposito, Rovatti (2016) illustra l'approccio di Foxx (1982), che propone il *Modello del trattamento meno restrittivo* da utilizzare in presenza di comportamenti problematici. Si basa su tre livelli e dal primo si passa al secondo se questo non è stato sufficiente a risolvere il problema, così dal secondo si passa al terzo se ce ne fosse ancora la necessità.

Il primo livello prevede quattro tecniche diverse:

- il rinforzo differenziale dei comportamenti diversi (RDCD o DRO) consiste nel promuovere i comportamenti alternativi al comportamento problema, in modo che risulti più vantaggioso assumere quel comportamento piuttosto che l'altro. È una tecnica comunque comunicativa, perché l'operatore utilizza un rinforzo negativo di fronte al completamento problematico.
- il rinforzo differenziale dei comportamenti adeguati (RDCA o DRA) consiste nell'incrementare i comportamenti considerati adeguati rispetto al contesto e che sono tra i comportamenti possibili già assunti dalla persona;
- il rinforzo differenziale dei comportamenti incompatibili (RDCI o DRI) è una tecnica poco utilizzata in educazione perché si tratta di una soluzione temporanea ma che non risolve e non rinforza atteggiamenti desiderabili. Si tratta infatti di assumere un comportamento (adeguato), che non può essere assunto nello stesso momento del comportamento inadeguato. Ad esempio nei casi di masturbazione compulsiva, si tratterà di occupare le mani del bambino in altre attività;
- la saziazione consiste in una tecnica che conduce il soggetto ad assumere quell'atteggiamento in modalità esagerate, in modo che ne sia saturo e poi possa diminuire quel comportamento. Tecnica comunque poco utilizzata nell'ambito della sessualità perché potrebbe creare l'effetto inverso, in particolare nelle persone con

⁶⁶ Veglia F., *Educare la sessualità delle persone con handicap mentale*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 156.

disabilità che possono interpretare quel comportamento come *giusto*.

Il secondo livello prevede due misure di intrusività differenti, la seconda maggiore se la prima non fosse sufficiente, ma questa mai utilizzata nell'ambito dell'educazione sessuale perché non appropriata, simile alla precedente. Quella che può essere utile di fronte a comportamenti sessuali è l'estinzione:

- questa tecnica consiste nel rinforzare il comportamento disadattivo per un buon numero di volte e improvvisamente non rinforzarlo più, in modo che il soggetto continui a metterlo in atto finché capisce che non riceve più i rinforzi che riceveva prima. Arrivando così a interrompere l'assunzione di quel comportamento. Importante qui è l'alleanza educativa, basta un solo operatore che rinforzi quel comportamento, quando inizia la fase di "silenzio", per far crollare tutto.

Il Terzo livello comprende tecniche utilizzate in estremo perché prevedono sgradevolezza per chi le utilizza:

- il time out, che prevede l'allontanamento temporaneo dell'utente;

- il blocco fisico, si tratta di una soluzione molto restrittiva che, come per il precedente, con il tempo deve essere sostituita con un provvedimento meno invasivo;

- l'ipercorrezione prevede il ripristino della situazione iniziale ma in ambito sessuale è raramente utilizzata poiché potrebbe compromettere i significati che l'utente associa alla sessualità. Se questo, ad esempio, nell'atto della masturbazione sporca l'ambiente, dovrà ripulirlo e addirittura pulire altri elementi che non sono stati sporcati in seguito alla masturbazione. Il soggetto, infatti, potrebbe percepirlo come una punizione⁶⁷.

Ogni scelta deve comunque tenere conto del singolo caso. Veglia e Zoccarato (2003) sottolineando che è necessario tenere a mente che "ogni nostro progetto educativo, anche e soprattutto in ambito sessuologico, deve proporsi di aumentare gli spazi di autodeterminazione della persona nel massimo rispetto dei suoi delicati equilibri cognitivi, emotivi e comportamentali"⁶⁸.

⁶⁷ Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento, Erickson, 2016, pp. 33-38.

⁶⁸ Veglia F., Zoccarato M., *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 31.

Veglia (2003) precisa le regole esposte da Foxx, ossia prima di passare a un livello più alto è necessario riguardare le procedure che hanno rinforzato o meno il comportamento; partire sempre dalla procedura meno restrittiva e usarne una più restrittiva solo se quella precedente è stata inefficace, per poi condividere con l'intera equipe la procedura e raccogliere i dati per comprenderne la reale efficacia⁶⁹.

L'autore propone anche queste linee guida per la pianificazione di un intervento:

- ogni comportamento risponde a una logica che necessita di essere conosciuta. Molto spesso, però, è quella del «tutto e subito» o del «comportamento meno peggio»;
- ogni comportamento ha un significato, quindi non si può eliminarlo senza proporre una soluzione che risponda a quello stesso bisogno;
- non proporre un' alternativa non è la giusta soluzione poiché genera frustrazione e rabbia;
- è necessario guidare nell'acquisizione di nuove conoscenze e abilità per sostituire un comportamento;
- l'intervento in occasione di comportamenti inadeguati deve essere deciso sulla base di criteri rigorosi e condivisi da tutta l'equipe e non deve produrre più svantaggi;
- si deve individuare la strategia meno lesiva la libertà dell'utente.

Infine, Veglia individua anche dei criteri su cui riflettere per stabilire un comportamento problematico:

- quando la persona con disabilità assume un comportamento che non consente di raggiungere gli obiettivi per incapacità relazionali;
- quando il comportamento espone l'utente o il contesto a situazioni di pericolo, ad esempio una gravidanza o la trasmissione di malattie;
- quando il comportamento assume una gratificazione temporanea ma non risponde ad un bisogno a lungo termine;

⁶⁹ Veglia F., *Gestire i comportamenti sessuali problematici*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, p. 136.

- se il comportamento è orientato dalla volontà di voler diminuire il disagio, evitando di attuare un comportamento che risolve effettivamente una situazione. Ad esempio utilizzare l'evitamento per diminuire uno stato di ansia senza cercare di gratificare il proprio desiderio;
- quando i costi prodotti dal comportamento sono maggiori dei vantaggi, ad esempio nel caso di una masturbazione in pubblico che causa soprattutto rifiuto e allontanamento;
- quando l'uso del comportamento influisce sulla tematica. Ad esempio utilizzare parolacce mentre si parla di sessualità rende la comunicazione inadeguata, e la comunicazione è fondamentale per non vivere il disagio e l'imbarazzo;
- se si attua un comportamento che interferisce con l'acquisizione di altre abilità, come quando la masturbazione compulsiva può distrarre da altre attività formative;
- se la ridotta autonomia influisce sulla risoluzione dei problemi, dipendendo completamente dall'ambiente;

Questi criteri ci aiutano a distoglierci dal giudizio decretando in modo funzionale un comportamento inadeguato e permettendo di comprendere senza giudicare, ma richiedono anche un'attenta osservazione da parte dell'intera équipe. Infine, un altro aspetto che si deve considerare ha a che fare con la distorsione percettiva, che gli operatori potrebbero utilizzare per non cambiare opinione su un utente, minimizzando il problema, o per non intervenire ⁷⁰

⁷⁰ Veglia F., *Gestire i comportamenti sessuali problematici*, in Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 129-135.

CAPITOLO 3

Bruno, Marco, Eros, Davide, Arcangela, Alice

Alla luce di una sessualità negata e repressa, alle orecchie di tutti coloro che non voglio ascoltare, è fondamentale “fare riemergere dall’inconscio collettivo e delle persone, direttamente o indirettamente coinvolte, questo problema”¹ perchè

costringe ad evidenziare le condizioni di emarginazione sociale delle quali la negazione della sessualità è un effetto. Quando l’espressione della sessualità, o addirittura della genialità, con riferimento ad un gruppo specifico, non è consentita né prevista, significa che i componenti di quel gruppo non sono solo privati di un elemento essenziale di maturazione personale, ma soprattutto sono oggetti di pregiudizi e di atteggiamenti di esclusione.²

E, ahimè, anche io ne ero piuttosto ignara. E, ahimè, anche io ne sono uscita scossa quando mi sono scontrata con questa verità.

Quando ho iniziato a partecipare alle attività e alle iniziative a scopo ludico e socializzante presso l’associazione Anffas Riviera del Brenta, tra tutte le informazioni che potesse darmi la presidente, come l’educatrice e gli stessi volontari, quella più gettonata è sempre stata «ti avviso che ti adoreranno, perché sei giovane e sei bella, ci proveranno anche». E così è stato, in forma lieve, per lo più con complimenti estetici o foglietti con dediche e cuori. Gestì che restano in superficie. Sì, ma fino a qui.

3.1 Tu, io, cena insieme domani

Stavo aiutando Bruno, un ragazzo di 20'anni con sindrome di down nello svolgimento di alcune schede di scuola presso il doposcuola di Mirano. Nel frattempo, un'altra ragazza con ritardo mentale grave mi chiede il significato di una parola in francese, lingua di cui conosco effettivamente tre parole. Così, dopo essermi

¹ Organizzazione mondiale della sanità, OMS ufficio regionale per l'Europa, *Quaderni di sanità pubblica. Rivista bimestrale. Un argomento rifiutato: la sessualità degli handicappati. La prima ricerca promossa dall'OMS su questo tema. Le testimonianze dirette di una condizione socialmente inquietante. Un atto di accusa contro il sistema socio-assistenziale. Le raccomandazioni dell'OMS: una proposta di integrazione sociale come presupposto della sessualità*, Vol 12, Milano, CIS, 1988, p. 2.

² Ibid.

assicurata che altre colleghe non la conoscessero, ho preso il cellulare per tentare di comprenderla attraverso internet: Bruno inizia a innervosirsi e a ripetermi che non dovevo utilizzare il cellulare, io tento di spiegargli il motivo ma continua a imporsi fino a quando, per farmi perdonare, avrei dovuto andare a cena con lui. «Tu, io, cena insieme domani». Inizialmente mi ha fatto sorridere. Seguono tentativi per fargli capire che noi non siamo amici, né fidanzati, tra noi esiste solo una relazione piuttosto formale, che non va oltre l'assetto che deve mantenere l'educatore nella relazione con l'educando.

Continua, continua e continua, dicendomi che aveva mollato la sua fidanzata, una ragazza come me che lavora in una pizzeria, frutto del suo desiderio. E allora inizia a imporre più che chiedere, aggiungendo che avrei dovuto essere la sua fidanzata. Io stavo facendo il tirocinio universitario, ed era la prima volta che mi scontravo con una opposizione così forte. A quel punto avrei dovuto impormi di più perché bisogna sempre saper delineare dei confini essenziali, alla base della relazione educativa, ma si conclude l'attività per cui arrivano Bruno torno a casa. La volta dopo continua imponendo la sua volontà ma precisando di non dirlo a nessuno, né ai genitori né alla presidente dell'associazione. La mia riflessione a tal proposito sorge molto dopo, a seguito di un altro episodio particolarmente importante per me, e dunque: verrebbe da interrogarsi innanzitutto sulla sua modalità di scambio, di domanda, di richiesta, perché qualcuno gliel'ha trasmessa e probabilmente questo qualcuno è la famiglia, nucleo principale che influenza ed educa una buona parte dell'essere umano. Ma perché avrei dovuto tenere per me la cena e il fidanzamento? Ha paura dei propri genitori? O più in generale delle persone che si occupano di lui, dato che non avrei dovuto dirlo nemmeno alla presidente? È cresciuto e continua a vivere in un contesto caratterizzato da forte rigidità? O piuttosto, gli è stato insegnato a negare i suoi bisogni e in particolare quelli afferenti alla sfera sessuale? Magari entrambe.

3.2 Eros e Marco

Era un sabato, durante un'attività pomeridiana a scopo ludico organizzata dall'associazione Anffas Riviera del Brenta: io e altri utenti con disabilità cognitiva eravamo seduti attorno a un tavolo, maschi e femmine e stavamo dialogando. Ad un certo punto Marco, 36 anni, persona con ritardo mentale grave e con disturbi psichici,

chiede a Eros di fare «quella cosa che hanno fatto ieri in bagno». Io mi sono accesa come una lampadina e ci ho riflettuto più volte, con il dubbio che fosse solo frutto della mia immaginazione. Non credo sia così.

Eros, persona con sindrome di down di 37 anni, era in imbarazzo e allo stesso tempo infastidito, tant'è che gli risponde «dai Marco...», come se dovesse stare zitto o come se non volesse parlarne, come se quella richiesta non dovesse arrivare. Per lui era inopportuna per quel momento? Era in imbarazzo davanti ad altre persone? Nel frattempo Marco insiste, «dai, perché no?». Quel sorrisino e quel tono di voce suggerivano un'intenzione chiara: Marco voleva persuaderlo e convincerlo. Eros a quel punto mi guarda e risponde con un no. Alla ricerca forse di un consenso? O, al contrario, di un supporto?

3.3 La madre di Davide

Un altro episodio mi ha permesso di cogliere altri aspetti della sessualità della persona con disabilità attraverso una prospettiva che oserei definire distorta: quella di una madre.

Davide, 37 anni con spettro autistico, comunica principalmente attraverso il corpo e cerca il contatto soprattutto sotto forma di abbraccio. Insieme, ci stavamo dirigendo presso un centro socio ricreativo dove gli utenti avrebbero partecipato ad una lezione di salsa. Durante il tragitto a piedi, tiene il suo braccio stretto al mio quando una collega gli dice «ah tu preferisci stare con le giovani, vedo» e lui risponde, con orgoglio e fierezza «si»; Inizia la lezione e continua a starmi vicino, ad abbracciarmi e a chiedere dei baci sulla guancia insistentemente. Io riesco a imporre dei confini finché la cosa si ripete ancora poche volte, si conclude l'attività e i genitori arrivano a prenderlo; la madre vede che il figlio ha creato una corsia quasi preferenziale nei miei confronti e inizia a guardarmi incuriosita ma con sospetto. Stranita e dubbiosa, finché ci salutiamo e se ne vanno ed è lì che due colleghe mi consigliano di prestare attenzione a questa famiglia, perché la madre in precedenza ha attaccato più volte varie educatrici incolpandole di aver dato un bacio al figlio, cosa mai accaduta. Una di queste è stata anche denunciata. E allora che tipo di rapporto possono avere questa madre e questo figlio con disabilità? È vero che i genitori di persone con disabilità assumono un

atteggiamento iperprotettivo, ma è anche ovvio che esistono dei limiti che si scontrano con la coscienza umana. Tutto può accadere, anche che un educatore e un'educatrice instaurino relazioni romantiche e sessuali con i loro utenti, ma questi senza dubbio non sono stati i casi. E allora forse è opportuno chiedersi che tipo di relazione si sia costruita tra queste due persone e ciò potrebbe non escludere anche una prestazione da parte della madre, come succede in molti casi.

3.4 Foto erotiche

Mi trovavo a Lido degli Alberoni, per quattro giorni, con un gruppo di persone con disabilità cognitiva associati presso l'ente il quale stava proseguendo il mio tirocinio universitario. Ero in camera con Arcangela, 39 anni, una persona con ritardo mentale grave ma capace di esprimersi piuttosto fluidamente. L'ho conosciuta il giorno stesso in cui abbiamo dormito nella stessa camera e, il giorno dopo, ha iniziato a prendere confidenza: diceva che avrei potuto essere sua nipote e mi chiedeva consigli sul come vestirsi.

La sera del secondo giorno, mentre passeggiavamo, mi ha fatto una confidenza, dicendomi che le era successa una cosa brutta e per questo i suoi familiari non le lasciavano più il telefono. Ma lei era triste, perché non poteva più sentire un amico trasferito in Sicilia. Il suo migliore amico, secondo lei, che un giorno ha dovuto spostarsi con la madre e da quel momento non ha più avuto sue notizie sia perché lui non rispondeva più ai messaggi e sia perché lei non poteva più mandargliene. Il racconto dell'accaduto è arrivato senza nessun obbligo o costrizione: Arcangela si è sentita libera di fare questa confidenza, forse anche perché aveva bisogno di un supporto.

Le sorelle le avevano ritirato il cellulare perché qualche mese prima le aveva confessato che un uomo le chiedeva dei soldi. Io le chiesi perché, preoccupandomi già di cosa avrei dovuto fare e a chi avrei dovuto dirlo: questi due dialogano tramite l'applicazione di messaggistica di Facebook e instaurano delle conversazioni. Lui molto disponibile, gentile, fin quando le chiede delle foto intime. «Gli ho mandato le foto della mia vagina» mi disse, e io impietrita. Perplesso, angosciato, faccio in modo di avere un quadro più chiaro dell'accaduto. Arcangela quindi mi racconta che lui le avrebbe chiesto

di sposarla, di averle detto che avrebbe voluto avere dei figli insieme e che lei era perfetta. E lì disse «ma se io non so gestirmi da sola come posso avere dei figli. Giusto?».

Successivamente siamo arrivati alla questione ricatto: lui le chiedeva dei soldi altrimenti avrebbe diffuso le sue foto. «Ma se lui mi amasse veramente non mi minaccerebbe. Giusto?» io, stupita, sconcertata, comunico questo fatto ad un'altra operatrice ma si conclude lì il discorso. Nessun intervento da parte dell'associazione.

Nel frattempo ci rechiamo in camera per dormire, e dormiamo. La notte seguente invece, mentre cercavo di addormentarmi, inizia a piangere e le chiedo cosa succede. Lei risponde che era triste perché aveva perso quell'amico che non riusciva più a contattare e che era angosciata per il fatto delle foto; le sorelle avevano già fatto denuncia, per cui le dissi che non si può cambiare il passato ma che dagli errori si impara e da questo si può migliorare il futuro. Lei rispose «ormai quello che è successo, è successo. Giusto Giovi? Non lo farò più. Giusto Giovi?».

Questo fatto mi ha completamente angosciata, non trovo ancora le parole per descrivere il mio stato d'animo. È stato uno schok. L'amarezza per l'abuso subito e la presa di coscienza dell'esistenza di una sessualità così consapevole in lei, ma allo stesso tempo anche così fragile da mettere in crisi la sua persona, rischiando ricatti e minacce.

Arcangela voleva assicurarsi l'amore di quell'uomo e la sua compagnia; la consapevolezza in lei di poter attirare la sua l'attenzione attraverso la provocazione, attraverso l'attrazione, attraverso foto erotiche, è più che presente. È qui che ho iniziato a prendere anche io coscienza della forza delle esigenze sessuali, e affettive, delle persone con disabilità. Un tema che le mie orecchie e la mia mente non avevamo mai sentito, o non avevamo mai voluto sentire, fino a quel momento.

3.5 Alice

Stavo guidando Andrea nei compiti al doposcuola come altre colleghe seguivano altri ragazzini in un rapporto 1:1, quando Alice, una ragazza di 14 anni con lo spettro autistico, apre le gambe in corrispondenza dello spigolo della seduta della sedia e inizia a spingere verso il basso andando da sinistra a destra con il corpo. Inizialmente non mi sono accorta, finché il gesto inizia ad essere più intenso e la ragazza mostra segni di

eccitazione: si stava masturbando. Stava stimolando le parti intime attraverso la forza esercitata contro l'angolo della seduta.

Siamo usciti tutti dalla sala, dentro rimangono la presidente dell'associazione che promuove il doposcuola e Alice. La presidente ci racconta che ha cercato di distrarla, ma questo non ha funzionato abbastanza da fermarla. Decide quindi di mettersi di lato alla stanza, in disparte, lasciarle il suo tempo e aspettare che passasse quel momento. Così, siamo rientrati e nel frattempo gli si è spiegato agli altri utenti che Alice non stava bene.

Non sapevo assolutamente cosa fare. Abbiamo ripreso tutti dall'attività in sospeso facendo finta di niente ma credo che gli altri utenti, persone con disabilità cognitiva e non, abbiano capito. Ed è in questo clima di imbarazzo che ho compreso la necessità di intervenire sulla sessualità delle persone con disabilità. È qui che ho deciso che avrei dovuto studiare per comprendere meglio questa dimensione e saper come gestire eventuali comportamenti problematici.

Alla luce di questi episodi, ho compreso l'esistenza di una dimensione ancora poco conosciuta: tacita, nascosta, repressa, vissuta con tristezza. Una dimensione di cui nessuno mi ha parlato, ma è grazie a questi piccoli ma significanti eventi, che ho potuto prenderne consapevolezza. È grazie alla storia di Arcangela, che ho deciso di scrivere la mia relazione finale su questo tema. È grazie a loro, che ho compreso quanto sia vivida la sessualità nelle persone con disabilità cognitiva. Sono loro, con la loro voce, i loro comportamenti problematici e i loro gesti, che mi hanno mostrato il loro grido d'aiuto.

CONCLUSIONI

La sessualità delle persone con disabilità cognitiva è una dimensione che esige approfondimento: non esiste ancora un modello teorico riconosciuto e stabile per poterlo prendere in causa e quanto ancora questa dimensione sia posta agli angoli della progettualità, e della mente umana, lo dimostra il fatto che nella letteratura ci siano pochissimi testi internazionali tradotti in italiano.

In questa sfera così importante dell'essere umano, un ruolo importante lo assume la famiglia. Questa è la particella primaria che concorre, ancor prima della nascita, alla formazione della persona. È quindi fondamentale che i genitori assumono il ruolo di guida, accettando che il figlio o la figlia con disabilità non è e non rimarrà un eterno bambino. A seguito della loro collaborazione, è possibile intervenire in modo efficace per promuovere la sessualità con le persone con disabilità cognitiva. I comportamenti problematici, infatti, non sono il risultato di una sessualità perversa ma sono dovuti proprio dalla mancanza di un sostegno a riguardo, dalla perseveranza di un atteggiamento di infantilizzazione verso le persone con disabilità cognitiva e uno scarso processo di adultizzazione.

Come educatori è necessario prendere in causa questa dimensione e accettarla, ma senza giudizio; se gli interventi educativi sono volti a promuovere l'autonomia e la massima realizzazione del sé, la sessualità rientra in questa mission essendo relazione, incontro e sentimento. Inoltre, essendo anche uno degli aspetti più importanti per l'essere umano, deve essere trattata con la stessa attenzione con cui sono affrontati altri temi. Per fare questo è fondamentale che l'educatore si sganci dalle proprie convinzioni perché non può agire secondo il proprio vissuto e secondo le proprie credenze: in questo modo non potrà mai assumere il ruolo di mediatore, ma piuttosto di sostituto.

Per cui è importante che faccia un lavoro di introspezione per prendere consapevolezza di quali siano le proprie influenze, sociali e culturali ma anche esperienziali, che lo portano ad assumere quella idea propria di sessualità. Questo serve anche per poter etichettare i comportamenti come *problematici*, dato che il proprio giudizio non è sempre equivalente alla realtà.

Infine, come persone e come membri di una società che vorrebbe muoversi secondo il criterio dell'inclusività, È necessario riconoscere non solo il diritto di vivere la sessualità nelle persone con disabilità cognitiva, ma anche riconoscerne effettivamente l'esistenza, lasciando finalmente andare tabù e pregiudizi che ostacolano l'evoluzione delle persone con disabilità cognitiva.

BIBLIOGRAFIA

- Agostinetto L., *Educare. Epistemologia pedagogica logica formativa e pratica educativa*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2013.
- Dixon H., *Anch'io... , L'educazione alla sessualità nell'handicappato. Guida pratica*, Trento, Erickson, 1990.
- Favorini M. (a cura di), *Pedagogia Speciale e formazione degli insegnanti. Verso una scuola inclusiva*, Milano, FrancoAngeli, 2009.
- Lascioli A. [et al.], *Cinquanta di questi giorni. Per pensare la sessualità del disabile intellettuale*, Roma, Arcne, 2010.
- Leonardi M., *Icf. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, Trento, Erickson, 2004. disponibile all'indirizzo:
<https://docenti.unimc.it/catia.giaconi/teaching/2023/28852/files/icf-versione-breve-1>
- Mannucci A., Mannucci G., *Anche per mio figlio disabile una sessualità? Manuale di educazione sessuale per operatori e genitori di disabili psichici*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2007.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. Disponibile all'indirizzo:
<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione ONU.pdf>

- Rovatti F., *Sessualità e disabilità intellettiva. Guida per caregiver, educatori e genitori*, Trento , Erickson, 2016.

- Santerini M., *Pedagogia socio-culturale*, Milano, Mondadori, 2019.

- Senato della Repubblica, *Dichiarazione Universale dei diritti umani*. Disponibile all'indirizzo:
https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/DICHIARAZIONE_diritti_umani_4lingue.pdf

- United Nations, *General Assembly*, 1994. Disponibile all'indirizzo:
<https://documentsddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/119/96/PDF/N9411996.pdf?OpenElement>

- Veglia F. (a cura di), *Politiche e servizi sociali. Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza. Dal riconoscimento di un diritto al primo centro comunale di ascolto e consulenza*, Milano, FrancoAngeli, 2003.

- Vianello R., *Disabilità intellettiva. Per studenti di laurea magistrale*, Parma, Edizioni Junior, 2008.

- Vittore M., *Disabilità intellettiva. Educazione affettiva e sessuale*, Milano, Paoline, 2013.

SITOGRAFIA

- Anffas Nazionale, *Disabilità intellettive, cosa sono*. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.anffas.net/it/disabilita-intellettive-e-disturbi-dello-spettro-autistico/cosa-sono/disabilita-intellettive-cosa-sono/>

- Legge 5 febbraio 1999, n. 104, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

- Senato della Repubblica, *Legislatura 17^a-disegno legge n. 1442, 2014*. disponibile all'indirizzo:

https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/769165/index.html?part=ddlpres_ddlpres1

- Sulkes S. B., *Disabilità intellettiva*, in *Manuale MSD. Versione per professionisti*. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-dell-apprendimento-e-dello-sviluppo/disabilita-intellettiva>

RIVISTE

- Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS ufficio regionale per l'Europa, *Quaderni di sanità pubblica. Rivista bimestrale. Un argomento rifiutato: la sessualità degli handicappati. La prima ricerca promossa dall'OMS su questo tema. Le testimonianze dirette di una condizione socialmente inquietante. Un atto di accusa contro il sistema socio-assistenziale. Le raccomandazioni dell'OMS: una proposta di integrazione sociale come presupposto della sessualità*, Vol 12, Milano, CIS, 1988.

- Pavoni M (a cura di), *L'integrazione scolastica e sociale*. Rivista pedagogico-giuridica, Vol 12, n. 4. disponibile all'indirizzo:

<https://rivistedigitali.erickson.it/integrazionescolasticasociale/it/visualizza/pdf/8>

77