



ATTI DEL CONVEGNO IL RISCATTO DI AFRODITE SVOLTOSI A VILLA PALLINI (FIRENZE) IL 24/11/2017

Questi atti potrebbero avere come presupposto un segmento di una nota redatta nel 2013 da Carmelo Comisi, attuale presidente del *Disability Pride Italia*.

" [...] Attualmente vivo una fase di *stallo sessuale*. Uno stallo che inevitabilmente porta con sé: insoddisfazione, nervosismo, rabbia e, necessariamente, aumento dell'aggressività. Perché, com'è risaputo, il soddisfacimento degli appetiti sessuali arreca benessere psicofisico, tanto ai cosiddetti normodotati quanto alle persone disabili.

Per quanto mi riguarda, è stato nei periodi in cui ho avuto il piacere di essere *sessualmente attivo* che ho dato di più, che ho affrontato la vita con maggiore determinazione, con maggiore sicurezza; perché, come sapete meglio di me, il sesso fa star bene, fa sentire vivi...!

Vorrei avere l'autorevolezza intellettuale per poter affiancare al filosofico "*Cogito Ergo Sum*" cartesiano, un più tellurico e materiale *COITO ERGO SUM*; in modo da sottolineare, con un nuovo aforisma, l'importanza del sesso nella vita di ognuno.

E partendo da questa assunzione, cercare e creare le soluzioni più idonee affinché anche le persone disabili possano avere il naturale diritto di compiere il loro processo di sviluppo sessuale, aiutandole nella scoperta del proprio corpo, sulla strada degli effimeri, ma deliziosi, piaceri della carne... [...]"

Uno sviluppo sessuale che non può prescindere dalla inestricabile componente emotiva ed affettiva.

Ecco perché le persone che hanno scelto di dialogare e di confrontarsi nell'ambito del convegno *Il riscatto di Afrodite*, sulla base delle reciproche condizioni esistenziali, delle competenze possedute e dei ruoli ricoperti, partendo dai motivi che li hanno spinti a sposare il progetto fotografico curato da Tiziana Luxardo, hanno poi gettato lo sguardo su diversi aspetti connessi al delicato intreccio tra due ambiti articolati e spesso avvertiti come multiproblematici, quelli della disabilità e della sessualità, il cui accostamento è spesso avvertito come un processo "pericoloso" o, peggio ancora, che non ha ragion d'essere.

Di seguito si riporta una sintesi dei contributi dei relatori e anche della discussione e del confronto finali.

Carmelo Comisi, presidente del *Disability Pride Italia*



Il Disability Pride si propone di portare all'attenzione del grande pubblico temi trasversali che riguardano il mondo della disabilità, in particolare gli aspetti più innovativi e "scottanti", che potrebbero scuotere le coscienze dei benpensanti e spingere ad andare oltre le apparenze di quello che si crede essere un universo già noto, già compreso ed etichettato in un certo modo. Non a caso in questi anni ci siamo occupati anche delle questioni relative a quella che ancora in Italia non è diventata una proposta normativa (il Ddl. 1442), che potrebbe essere l'unica via per alcuni persone con disabilità di cominciare a conoscere il proprio corpo ed esperire ed esprimere la propria sessualità.

In una soluzione di continuità d'azione e di coerenza interna, dato che il *Disability Pride* promuove *in primis* il tema dell'integrazione, una strada che a nostro parere passa attraverso il "dovere" per il grande pubblico di conoscere davvero e realisticamente il mondo delle persone con disabilità, quest'anno abbiamo voluto realizzare il progetto fotografico intitolato "Il riscatto di Afrodite", curato dalla fotografa Tiziana Luxardo. Il progetto, ideato in collaborazione con la Codacons ed il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute, che vede ritratte insieme persone con lesione al midollo spinale e *sex workers*, vuole mostrare che il mondo della disabilità non è, come spesso si pensa, "asessuato", privo di pulsioni e bisogni affettivo-sessuali.

Il calendario, che incarna questo progetto fotografico, finanzia, attraverso una parte del ricavato tratto dalla vendita dello stesso, i corsi che il Comitato *LoveGiver* sta organizzando per formare i primi operatori all'emotività, affettività e sessualità in Italia. La formazione è partita, sulla scia di un bisogno e di un nervo scoperto, anche in assenza di una legge specifica.

Il *Disability Pride* non nasce e non si occupa precipuamente del tema sessuale, ma di disabilità nei vari ambiti dell'esistenza, a 360 gradi.

Pur non occupandomi direttamente del tema dell'assistenza sessuale, mi sento di affermare che in Italia, siamo ancora fermi a livello legislativo in merito alla questione riguardante la legittimazione dei cosiddetti Assistenti Sessuali o, come precisano quelli del Comitato *LoveGiver*, per bene distinguere questa figura da quella dei *sex workers*, Operatori deputati al raggiungimento del benessere affettivo, emotivo e sessuale.

Mi pare, altresì opportuno chiarire che nel vastissimo mondo delle disabilità il rivolgersi ad un "assistente sessuale" non appare come l'unica possibilità praticabile e, d'altra parte, è certo che l'espressione della sessualità, quale ambito esistenziale complesso, non è riducibile a quello di cui si sta occupando con forza e coraggio il Comitato *LoveGiver* e, per fortuna, per molte persone con



disabilità non c'è bisogno di una regolamentazione legislativa affinché la sua espressione ed il suo sviluppo concreto diventi una parte importante della propria esistenza, così come il Sesso è per quella dei cosiddetti "normodotati".

Purtroppo molte persone non si rendono conto oppure non vogliono riconoscere il fatto che l'altro da sé, gli "altri", siano questi disabili oppure no, hanno dei diritti e tra questi il primo è quello relativo alla possibilità di aspirare e raggiungere fattualmente il benessere psicofisico. Affinché questo diritto sia reso effettivo, per alcune persone con patologie disabilitanti, c'è bisogno del ricorso alla figura dell'operatore all'emotività, affettività e sessualità, perché questo è l'unico strumento che hanno per accedere alla sfera sessuale la cui espressione, è bene ricordarlo, è fondamentale proprio per raggiungere un pieno benessere psicofisico.

Penso che sia fondamentale che le persone con disabilità, sempre più spesso e in maniera sistematica e continuativa, abbiano spazio e voce sui media, non soltanto (come nella stragrande maggioranza dei casi è accaduto finora) per parlare dei loro disagi, del loro malessere e dei loro "problemi", ma piuttosto per esprimere la propria opinione e posizione al pari degli altri, ed in condizioni di parità con gli altri, un'espressione ricorrente all'interno della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, sui più disparati argomenti, dalla politica allo sport fino ad arrivare all'ambito più ciarliero, quello del gossip. Opinioni che insomma devono entrare a far parte dei discorsi "comuni" della società in cui viviamo, affinché non permanga l'idea di un "mondo a parte", ma si venga progressivamente percepiti come "una parte del mondo", per usare le parole di Franco Bompreszi come un tassello di una realtà ordinaria e quotidiana. Ovviamente questo aspetto comunicativo dovrà essere accompagnato da una partecipazione sociale, sul campo, più attiva tale da poter essere di supporto ad un modo di vivere diversamente la quotidianità, diventando più partecipi, frequentato sempre di più i luoghi pubblici, senza continuare a ghetizzarsi ma essendo messi nella condizione di essere partecipi alla vita della comunità.

Il Disability Pride, quale movimento internazionale porta in piazza e nelle strade le persone con disabilità e rivendica l'attuazione dei 50 articoli della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Questo movimento rivolge le proprie istanze e la propria operazione di sensibilizzazione, di promozione e di tutela e garanzia fattuale dei diritti non è rivolta solo ed esclusivamente alle Istituzioni, bensì e all'intera società civile, sia perché le une non devono essere nella maniera più assoluta considerate indipendentemente dalle altre, sia perché insieme al supporto istituzionale è necessaria una rivoluzione culturale affinché gli scopi della Convenzione vengano effettivamente raggiunti.



Non sappiamo ancora quali temi tratteremo in occasione del prossimo Disability Pride, anche perché questi vorremmo deciderli insieme a quanti vorranno organizzare l'iniziativa insieme a noi. Siamo certi però che, a differenza degli anni passati, quest'anno l'iniziativa non verrà svolta in tre giornate e non avrà delle conferenze *a latere*, ci concentreremo soprattutto sull'evento divulgativo, quindi sullo spettacolo e probabilmente faremo una parata.

L'approfondimento dei temi che riguardano il vasto mondo della disabilità verrà fatto, con conferenze ed altri eventi culturali e convegnistici, nel corso dell'anno, prima e dopo dell'iniziativa che annualmente svolgiamo in concomitanza con gli altri Disability Pride del mondo. Una sorta di cammino "a tappe" che progressivamente confluirà nell'evento finale quale momento per esprimere se stessi e fare anche un necessario bilancio.

Il progetto fotografico curato dalla fotografa Tiziana Luxardo, che spesso ha sposato, con grande sensibilità, temi sociali, nelle nostre intenzioni e secondo i nostri obiettivi di sensibilizzazione e promozione, potrebbe essere acquistato da Enti pubblici interessati ed intenzionati a sostenere le nostre iniziative. A tal proposito, ricordiamo che non è stato realizzato per effettuare un'operazione commerciale, bensì un'operazione culturale e pertanto ci piacerebbe che fosse esposto in diversi uffici pubblici, luoghi di aggregazione, sedi di associazioni, aziende ed altri istituti di vario genere. Ricordiamo che per l'acquisto di pacchetti di almeno 20 copie possono contattarci all'indirizzo e-mail info@disabilityprideitalia.org

Vito D'Aloisio, presidente dell'associazione Habilia Onlus

Invito innanzi tutto a visionare questi video che illustrano il backstage e le interviste *a latere* della realizzazione del calendario *Il riscatto di Afrodite*, curato dalla fotografa Tiziana Luxardo.

https://www.youtube.com/watch?time_continue=9&v=qBsXzkmqfLE

<https://www.youtube.com/watch?v=yzghTpEmsRI>

Molto spesso quando parlo, come in questa intervista, dell'importanza dell'espressione delle istanze sessuali anche attraverso il concreto ricorso a strumenti come quello dell'assistenza sessuale, molti mi dicono o scrivono, con veemenza, che vi sono molti problemi prioritari ancora irrisolti, come quello dell'abbattimento (o della cattiva rimozione di facciata) delle barriere architettoniche,

Io credo, però, che dovrebbe essere l'individuo stesso, e le persone con disabilità non fanno certo eccezione in quanto persone appunto, a fissare le priorità per la sua esistenza.



Non a caso nella mia intervista dico che, dopo la possibilità di espletare in modo meno "traumatico" alcune funzioni fisiologiche fondamentali per il benessere dell'organismo, prosaicamente fare pipì e cacca, metterei a pari merito la possibilità di camminare e di esprimere pienamente la sessualità o forse quest'ultima addirittura sopravanzerebbe la possibilità di camminare.

Per quanto riguarda l'assistenza sessuale non sostengo che sia l'unica soluzione praticabile o la migliore in assoluto, panacea di tutti i mali, né che le persone vi debbano ricorrere necessariamente ed in maniera obbligata e forzosa: ben venga, anzi, se ne possono fare a meno. Le persone con disabilità possono e "devono" dire di no, se ritengono di voler percorrere altre strade emotive e relazionali. Ma io credo che sia opportuno, anzi necessario tenendo conto dello stato dell'arte, che sia comunque data questa possibilità di scelta. Che ci sia una strada da poter intraprendere oppure rifiutare, ma che *esista* concretamente questa possibilità. Soprattutto per quelle persone gravi e gravissime che si trovano in uno stato di isolamento e mancanza assoluta di opportunità relazionali, i cui unici interlocutori sono i familiari.

E' un primo passo, infatti, per cominciare ad esperire la propria corporeità, per avere un contatto fisico ma anche emotivo con un interlocutore esterno, che insegni loro come quel corpo possa essere toccato anche con tenerezza e desiderio e non solo per permettere alla persona disabile di espletare le quotidiane funzioni fisiologiche e fisioterapiche, spesso "invasive", fastidiose o addirittura dolorose.

Nessuno nega che occorra affrontare il problema dello sviluppo di opportunità aggregative e quindi relazionali più alla radice, declinando diverse voci che parlano di integrazione e ne creano i presupposti, che il cambiamento dev'essere sociale e culturale a 360 gradi. Ma mentre questo cambiamento avanza (e non ne conosciamo i tempi: potrebbero essere anche molto lunghi) che qualcosa di fattuale cominci ad essere fatto per migliorare la qualità di vita ed offrire una possibilità a chi vive una condizione di malessere profondo, per deprivazione affettivo-sessuale, già da molto tempo.

Avendo io stesso avuto una lesione midollare quando ero 16enne, ed essendomi portato i postumi "mentali" di quello che sia il mio tipo di disabilità, che trova importanti ed inevitabili riflessi nel modo di vivere la sessualità, mi sono messo nei panni di chi non può autodeterminarsi, cioè scegliere per la propria vita, sia nella gestione del corpo che della mente, e la consapevolezza che ne è sorta, unita ad un profondo senso di "oppressione" riflessa, mi ha toccato profondamente, spingendomi a sposare la causa di *LoveGiver*.



Poi il progetto di Tiziana Luxardo mi ha preso particolarmente, anche io sono appassionato di fotografia, e da tempo meditavo di fare qualcosa del genere, ed avervi partecipato da protagonista e' stata un'esperienza curiosa, che in qualche modo mi ha arricchito.

E' stato interessante vedere una persona non disabile, quella che potrei definire come "una profana della disabilità", abbia gettato uno sguardo, intriso di rispetto, considerazione e delicatezza, la levità di una piuma appunto, sul delicato intreccio tra sessualità e disabilità, provando i mille volti di un tema così delicato, prendendo spunto da un libro, *LoveAbility*, curato da Maxiimiliano Ulivieri, che presiede il Comitato *LoveGiver*, promotore del disegno di legge 1442 sull'assistenza sessuale, e dalle nostre stesse esperienze di vita.

Giuliano Coradeschi, fondatore e consigliere dell'associazione Habilia Onlus

La normalità.... una parola, associata ad uno stile di vita *consono*, che inseguono tutti, comprese le persone con disabilità. Con un accanimento senza eguali.

Ecco perché molte persone con lesione midollare, anziché fare una fisioterapia mirata e "dolce" adeguata alle loro esigenze ed alla loro specifica fisicità, rinnegano la fisioterapia, forse perché la associano ad ambienti medicalizzati ed etichettanti, nei quali finisci per sentirti cucita addosso l'etichetta di disabile ed il disvalore che spesso, ed a torto, questa parola porta con sé, ed inseguono il mito della "normalità", praticando sport estremi o comunque discipline troppo onerose per il loro fisico, come nuoto o canoa, considerati più alla moda e trendy.

Dedicarsi a questi sport, forse, nelle intenzioni di chi li pratica, sembrerebbe rendere più "all'altezza", perché ci si affranca da un ambito, come quello fisioterapico, dedicato, nell'immaginario, solo ad alcuni, tendenzialmente "messi male" e ci si dimostra capaci di dare vita a delle ottime performance, indicatrici della possibilità di essere "produttivi" e di conformarsi ad uno standard.

Quello che spesso si dimentica è che una persona con lesione midollare già nella sua quotidianità deve utilizzare le braccia molto più che una persona che non ha tale lesione, per compensare, appunto, l'impossibilità di utilizzare le gambe. Fare sport che implicino, dunque, uno stress per le cuffie rotatorie e per le spalle, può comportare un'eccessiva usura per queste parti del corpo ed aprire la strada, giocoforza, ad una pessima vecchiaia, frutto di sforzi eccessivi ed inadeguati.

Giulio Del Popolo, direttore delle SODc [Neuro-Urologia e Unità Spinale - AOUC Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze](#)



Queste iniziative che nascono dallo sforzo e dalla propositività, messi in atto da parte di chi vive una condizione di disagio, sono fondamentali per stimolare una maggiore attenzione e promuovere il superamento di barriere non solo architettoniche, ma anche e soprattutto culturali, comunicative e fisiche, per un reinserimento a 360° delle persone con disabilità nella vita quotidiana, segno di civiltà per un Paese come il nostro.

All'inizio della mia carriera, circa 30 anni fa, ispirandomi alla filosofia del prof. George Bedbrook (Australia), che propugnava una riabilitazione completa attraverso lo slogan: “Riabilitiamo i nostri pazienti, per farli tornare a pagare le tasse”, quindi facendoli ridiventare soggetti attivi e produttivi, pensai di trasformare questo concetto in un più “popolare” e ben accetto, nell'immaginario dell'italiano medio: “Riabilitiamo i nostri pazienti, per farli tornare a fare sesso”. Il concetto grazie a Carmelo & Colleghi ritorna.

Il Disability Pride, in effetti, mira a valorizzare numerosi ambiti della vita delle persone con disabilità, spesso ignorati o tralasciati, ma che poi rivelano di possedere un'importanza fondamentale per raggiungere una buona qualità di vita. Tra questi appare nevralgico l'ambito della sessualità, nesso al centro dal progetto *Il Riscatto di Afrodite*. Un progetto ambizioso, ma che rappresenta, soprattutto, anche una sana provocazione culturale, per far capire che dietro a una mera limitazione fisica *sopravvivono*, e anzi spesso si amplificano, tutti gli stimoli verso la vita.

La figura del *Sex Assistant* sembrerebbe essere facilmente oggetto di fraintendimenti perché apparentemente *border line* tra quella di un terapeuta ed il “mestiere più vecchio del mondo”: da qui emerge l'importanza di avere ben chiara la linea di demarcazione tra le due figure.

Inoltre ritengo sia anche opportuno evitare che possa passare un messaggio *equivoco*, in base al quale parrebbe che la persona con disabilità, per poter soddisfare i propri bisogni di tipo sessuale ed esprimere la più ampia sfera della propria sessualità, debba necessariamente ricorrere ad un intervento professionale, di tipo specialistico, e non possa aspirare ad un rapporto spontaneo.

La necessità di un percorso di “educazione all'emotività, all'affettività, alla corporeità ed alla sessualità” nasce soprattutto per chi come Carmelo ha vissuto un brusco cambiamento fisico ed emotivo nelle primavere della sua vita, nell'età adolescenziale, una fase di *transizione* molto delicata, in cui si scoprono i primi segreti delle relazioni e della sessualità e per chi vive situazioni simili. O per coppie in difficoltà che, con un sostegno *ad hoc*, possono migliorare il loro rapporto e



la loro qualità di vita. Segnalo l'esperienza anglosassone dello SHADA (*Sexual Health and Disability Alliance*) e ASAP (*Ask A Sexual Advocatory Professional*).

Ritengo che occasioni di scambio, confronto e dialogo come questa siano particolarmente significativi per comprendere e per passare, parallelamente, dal piano del confronto teorico e della comprensione a quello operativo delle azioni sociali possibili. Proprio per questo propongo una tavola rotonda all'interno del prossimo congresso Nazionale SIMS (Società Italiana Midollo Spinale www.sims.it), realizzata in collaborazione con società internazionali (ISCOS, INUS, EMSCI).

Tale occasione di confronto e scambio di prospettive si terrà a Firenze dal 10 al 12 maggio 2018 e prevede la partecipazione di operatori sanitari italiani ed esteri e delle associazioni di categoria, al fine di rendere possibile un confronto provocatorio e costruttivo allo stesso tempo.

Inoltre, sempre a maggio, tra il 21 ed il 25, si celebreranno, a livello mondiale, tre giornate nevralgiche che in qualche modo includono anche una necessaria riflessione sulle direttrici del cambiamento culturale e sulla stessa disabilità. Si tratta delle giornata mondiale sullo sviluppo culturale (21); della giornata internazionale sulla diversità biologica (22); settimana di solidarietà con i popoli dei territori non autodeterminati (25).

Fabrizio Quattrini, Psicoterapeuta Sessuologo Docente presso l'Università degli Studi de L'Aquila e vicepresidente responsabile scientifico Osservatorio Nazionale Assistenza Sessuale *LoveGiver*

Il progetto e il protocollo LoveGiver: la formazione dell'Operatore all'Emotività, all'Affettività e alla Sessualità (OEAS) Assistenti Sessuali italiani

Quando si parla di assistenza sessuale, per rendere chiaro il concetto e rifuggire da facili banalizzazioni, volgarizzazioni, fraintendimenti ed accostamenti impropri con la prostituzione, sarebbe meglio parlare di assistenza sensuale ed erotica. Dove per sensuale si intende un ambito relativo ai sensi, al piacere, inteso come espressione di benessere ed esperienza educativa di un corpo che vuole "sentire" emozioni, riconoscere la propria bellezza, sperimentare sensazioni ed espressioni, costruire un proprio specifico modo di vivere ed esprimere la sfera della sessualità in



piena libertà, sentirsi legittimato ad aspirare al raggiungimento, in condizioni di parità con gli altri esseri umani, del piacere orgasmico.

In altri Paesi europei, come la Germania, l'Olanda, la Danimarca, l'Austria e la Svizzera, (tedesca), dove le prestazioni sessuali hanno una chiara e precisa regolamentazione in merito, l'assistente sessuale (uomo o donna con orientamento eterosessuale, bisessuale o omosessuale) è un operatore professionale dell'accompagnamento alla sessualità della persona con disabilità (formato attraverso corsi di formazione *ad hoc*). Una professionalità, quella sviluppata dall'assistente sessuale sia dal punto di vista teorico sia da quello psico-corporeo sui temi della sessualità, che, assieme alla componente empatica, viene messa al servizio delle persone con disabilità fisico-motoria, sensoriale e/psichico-cognitiva, per aiutarle a sperimentare l'erotismo e la sessualità e per supportarle nel vivere un'esperienza erotico-sensuale e/o sessuale.

In altri Paesi, nelle diverse sessioni, si ci muove su un continuum che va dal semplice massaggio o contatto fisico al vero e proprio corpo a corpo, in modo da far sperimentare una variegata gamma di "contatti" ed esperienze sensoriali, dando suggerimenti fondamentali sull'attività masturbatoria di tipo autoerotico fino a giungere all'esperienza orgasmica, con il rapporto penetrativo, la *fellatio* ed il *cunnilingus*, in piena libertà e consenso con la persona assistita.

Gli esempi di questi Paesi sono stati molto importanti per fare da apripista e consentire ad altri Paesi, come la Francia, la Spagna, il Belgio, ma anche l'Italia, di costituire movimenti importanti per la regolamentazione giuridica dell'assistenza sessuale.

L'obiettivo ultimo, nelle intenzioni dei promotori di tali proposte e movimenti, è quello di promuovere lo sviluppo di una cultura delle differenze e favorire una sperimentazione fattuale necessaria a cambiare lo stigma sociale.

In Italia il Comitato *LoveGiver*, che ha presentato il Ddl. 1442 per l'assistenza sessuale a persone con disabilità, mira ad allontanare il più possibile lo spettro dell'ignoranza ed a far comprendere l'erroneità dell'accostamento tra la figura dell'assistente sessuale e quella di chi pratica la prostituzione.

Le persone con disabilità ancora oggi sono impossibilitate a vivere la propria esperienza affettiva e sessuale. Permettere la libertà di vivere tale esperienza è l'obiettivo del progetto *LoveGiver*. Un progetto dove l'OEAS (Operatore del Benessere per l'educazione all'emotività, alla corporeità,



all'affettività ed alla sessualità) rappresenta il trait d'union tra le diverse figure professionali e la persona con disabilità in tema di affettività e sessualità

In Italia, infatti, secondo la proposta del Comitato *LoveGiver*, quando si parla di assistenza sessuale ci si riferisce al percorso intrapreso assieme all'Operatore del Benessere per l'educazione all'emotività, alla corporeità, all'affettività ed alla sessualità (OEAS). Una figura professionale che, dopo un percorso specifico di formazione teorico-pratica, assisterà e supporterà le persone con disabilità nel riconoscere, nello sperimentare e nel vivere l'erotismo e la sessualità.

Rispetto agli altri Paesi europei non sono previsti rapporti penetrativi né di tipo orale con scambio di fluidi corporei, bensì un *training* educativo e riabilitativo (o *abilitativo*, cioè che insegna alla persona con disabilità a riconoscere determinate emozioni e sensazioni ed a sperimentarle *ex novo* per la prima volta) che disegna un percorso, caratterizzato da 5 o 10 sessioni, che toccherà aspetti informativi teorico-pratici dell'affettività, della corporeità e della sessualità, attraverso l'esperienza del contatto e l'utilizzo di tecniche di massaggio, del suggerire e sperimentare l'emozione sensoriale della masturbazione (pedagogia del piacere autoerotico fino ad arrivare alla promozione dell'educazione del piacere orgasmico).

L'assistenza sessuale così proposta diviene quindi un'esperienza di crescita evolutiva ritenuta necessaria per la persona con disabilità che ne faccia richiesta, molto diversa da quella puramente meccanicistica proposta da chi pratica la prostituzione.

E' un modo per avvicinarsi ed entrare in relazione con l'altro da sé in pieno rispetto, favorendo un processo educativo.

E' opportuno ribadire ulteriormente che l'assistenza sessuale non ha nulla a che vedere con la prostituzione, pur non escludendo a priori la possibilità di formarsi opportunamente anche ai *sex workers*, all'insegna della possibilità di integrare varie anime, spinte dal sentimento di assistenza e dalla volontà di *prendersi cura* dell'altro da sé.

In tal senso, l'assistenza sessuale, quale iter configurato come precedentemente descritto, rappresenta un momento di massima espressione di emozione empatica, modellata sulle esigenze della persona con disabilità per evitare che continui a vivere una dimensione sessuale spesso negata o esperita con imbarazzo e disagio. Qualcosa di diverso anche da un semplice lavoro, tant'è vero che si richiede alle persone protagoniste del processo di selezione di avere già un altro lavoro e di



praticare prezzi “sociali” altamente accessibili. E’ uno strumento frutto di una vocazione alla relazione d’aiuto che si incarna in una figura che promuove l’ascolto e permette di vivere un’esperienza di piacere erotico intrisa di cultura, crescita personale e benessere psico-fisico.

L’assistenza all’emotività all’affettività, alla corporeità ed alla sessualità deve rispettare una regola importante: la libertà di scelta da parte degli esseri umani di vivere e condividere la propria esperienza erotico-sessuale a prescindere dalle difficoltà incontrate nell’esperienza di vita., tenendo conto anche che, quando si parla di libera scelta, questa implicherebbe una maggiore complessità per le persone con una disabilità cognitiva rispetto a quelle con una disabilità fisico-motoria.

Lo scopo dell’OEAS, così come emerge dal Ddl 1442 proposto dal Comitato *LoveGiver*, quale professionista formato opportunamente ed in maniera sistematica, è quello di a far capire e “saggiare” alla persona con disabilità, attraverso l’esperienza del contatto e delle sperimentazioni sensoriali, il significato del “piacere”. Un piacere che nasce dall’attenzione alle esigenze della persona con disabilità, tenendo anche conto delle differenti forme ed espressioni di questa specifica condizione esistenziale, e non necessariamente da un comportamento meccanicistico della risposta sessuale.

L’assenza dell’esperienza coitale (penetrazione) è funzionale a differenziare la figura dell’OEAS da quella degli assistenti sessuali nordeuropei e da quella dei cosiddetti *sex surrogates*, o partner surrogati, ma anche a caratterizzare fortemente questa professione rispetto all’esperienza della prostituzione.

La selezione

Tra luglio ed agosto 2014 è stato divulgato un primo comunicato stampa attraverso i social network e qualche testata giornalistica e sono giunte senza troppe difficoltà, circa 70 candidature, da tutta Italia, in particolare dall’Emilia Romagna e dal Nord-Est.

E’ stato chiesto, per saggiare la reale motivazione ed il livello di determinazione degli aspiranti OEAS, di creare un indirizzo e-mail *ad hoc* e di inviare una lettera motivazionale, un *curriculum vitae* ed una propria fototessera. Inoltre si è specificato che il colloquio di selezione vero e proprio, cui solo alcuni sarebbero stati ammessi, si sarebbe svolto esclusivamente a Roma, presso l’Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica.



Già da questa fase si è notata l'emersione di alcuni tratti salienti della personalità e del carattere, l'eventuale presenza di rigidità e resistenze ingiustificate, l'assenza di una certa carica empatica, tali da permettere di fare una prima scrematura.

Per selezionare gli aspiranti OEAS, nella prima fase sperimentale, si è deciso di creare uno specifico protocollo scientifico dove, oltre al colloquio clinico, sono stati somministrati i *Sexual Disability Questionnaire*, uno strumento costruito ad *hoc* da me e da Dell'Oste, la *Balance Emotional Empathy Scale* (per misurare la componente emozionale dell'empatia) e la scala per la misurazione della fragilità emotiva, con indicatori sulla condotta aggressiva, la propensione dell'individuo a reagire impulsivamente e l'attitudine a una possibile reazione provocatoria, ed elementi per valutare la regolazione e l'equilibrio complessivo della personalità, tali da mettere in atto comportamenti propositivi, sani e bilanciati, tra i quali la rapidità palesata nel superare sentimenti di rancore e di desideri di ritorsione connessi ad offese subite o, al contrario, l'esistenza di potenziali o attuali disturbi di personalità. Lo scopo era quello di verificare le caratteristiche anamnestiche, sociali e culturali del candidato, l'eventuale presenza di una disabilità per valutare successivamente il rapporto con la sessualità e con la disabilità altrui, il livello di empatia mostrato, i rischi di *burnout*, come possibile esito patologico dei processi ansiogeni che colpiscono chi lavora nelle relazioni d'aiuto. Inoltre la capacità di *problem solving* e la valutazione delle possibili strategie già adottate o da adottare prospettivamente.

All'interno del colloquio, è stato. Inoltre. somministrato un breve strumento, da me creato *ad hoc*, di percezione emotivo-corporea, utile a indagare alcune caratteristiche dell'eccitazione personale e soprattutto ad escludere l'eventuale attrazione-eccitazione erotico-sessuale per la persona con disabilità (una parafilia conosciuta con il nome di devotismo).

Il corso così ideato, svolto in un clima di accoglienza e serenità, è stato studiato per permettere di entrare delicatamente nelle dinamiche più intime tipiche della relazionalità, per arrivare a scoprire quelle emozioni e sensazioni, tipicamente corporee, spesso nascoste e negate, che promuovono l'esperienza del piacere (su cui, in questo modo, è possibile fare educazione).

Il corso prevede 200 ore svolte in 12 mesi. I weekend sono organizzati su tre giornate residenziali in formula *full immersion* con alternanza tra lezioni teoriche ed esperienziali.

A febbraio è in programma l'inizio dei tirocini, da svolgere per un monte ore pari a 50/100 unità presso alcune cooperative ed associazioni che hanno dato la loro adesione al progetto.



Concomitantemente, è stato suggerito ai futuri OEAS di svolgere un percorso di psicoterapia personale, in modo da analizzare più specificamente i vissuti emotivi emersi durante le fasi esperienziali del corso, legate ai diversi temi trattati.

Mi pare opportuno ed anche necessario sottolineare che il percorso di formazione e di sensibilizzazione che il Comitato *LoveGiver* sta portando avanti nasce innanzitutto dalla richiesta di molte persone con disabilità, ma anche dai loro familiari, onde avere un'alternativa che consenta di non ricorrere esclusivamente al supporto di chi pratica la prostituzione.

Molte persone hanno, altresì, sottolineato spesso come questa richiesta e legittimazione della figura dell'OEAS abbia in sé qualcosa di osceno e pornografico e violi la naturalità di un percorso di sviluppo affettivo-sessuale libero da “vincoli”.

In tal senso, mi sembra utile sottolineare come questo percorso rappresenti una *possibilità*, cui la persona con disabilità può scegliere di non rivolgersi. Inoltre, non si può nascondere la testa sotto la sabbia rispetto alla consapevolezza che esistano soluzioni “fai da te”, praticate nascostamente dagli operatori preposti alla cura della persona con disabilità, su loro richiesta, o laddove questo non sia possibile, dagli stessi familiari. Soluzioni che possono rappresentare una violazione psicologica dell'atavico tabù dell'incesto, pur nascendo da un atto d'amore di fronte alla manifestazione di un profondo malessere da parte della stessa persona con disabilità.

In tal senso, la specifica proposta di “assistenza sessuale”, lanciata dal Comitato *LoveGiver*, che ha trovato forma nel Ddl. 1442, può rappresentare un nuovo modo, né osceno né pornografico, di educare al piacere emotivo-erotico-sessuale. E' però necessario sganciare questa figura psicologicamente dallo stereotipo della prostituzione, un affrancamento che permette di inquadrare differenti livelli di professionalità e di operatività nella disabilità.

Il punto fondamentale di differenziazione risiede nella formazione specializzata, che si fonda su una teoria della tecnica sessuale e sullo sviluppo e l'implementazione della capacità di riconoscere i bisogni emotivo-corporei della persona con disabilità, permettendo e garantendo gesti di “cura” specifici.

Maggiori approfondimenti sono reperibili in Maximiliano Olivieri (a cura di), *LoveAbility, L'assistente sessuale per le persone con disabilità*. Erickson, Trento, 2014.



Paolo Valerio, docente di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche della Federico II, direttore del Centro d'Ateneo SInAPSi, delegato dal Rettore per le questioni riguardanti la disabilità. SInAPSi è il Centro di Ateneo per tutti gli studenti che si sentono esclusi dalla vita universitaria a causa di disabilità, disturbi Specifici dell'Apprendimento (dislessia, disgrafia, disortografia, discalculia) o difficoltà temporanee

In qualità di Direttore del Centro SInAPSi (Servizi per l'Inclusione Attiva e Partecipata degli Studenti) dell'Università degli Studi Federico II, organizzai un convegno *Corpi sessuati: disabilità, affettività e intimità*, tenutosi a Napoli nel mese di maggio 2013.

Fu quella una prima occasione per avviare un dibattito scientifico e bioetico intorno alle questioni della libertà sessuale delle persone con disabilità. La tematica fu affrontata inquadrandola nell'ottica dell'affettività e dell'intimità. La persona con disabilità deve fare i conti non solo con i propri limiti, ma anche e soprattutto con le risposte dell'ambiente che lo circonda. Risposte spesso connotate da atteggiamenti di rifiuto che pongono la persona in situazioni di esclusione. La persona viene identificata con la sua disabilità, e talvolta il rapporto con lei fa riaffiorare le parti fragili mettendoci di fronte a ostacoli emotivi, la disabilità diventa così una sorta di biglietto da visita e la nostra attenzione è focalizzata sulla parte mancante, sulla difficoltà dell'altro.

Molti pensano che le persone con disabilità non debbano avere una vita sessuale, tanto che molti giovani con disabilità possono essere ostacolati nel compiere normali sperimentazioni nel gruppo dei coetanei e potrebbero non aver ricevuto alcuna educazione sessuale. Fortunatamente non tutti hanno questi problemi, cosicché l'amicizia, l'amore, la comunicazione diretta sono possibili e avvengono realmente.

Pensiamo, quindi, a tutte quelle persone che, vivendo una condizione di necessaria dipendenza fisica o psichica dall'altro, si trovano ad essere ostacolate nell'acquisizione dell'autonomia



personale. Un'autonomia che, paradossalmente, può esercitarsi solo se mediata da un altro. Un altro che di volta in volta può essere la famiglia, l'istituzione, la società e da cui non si può prescindere. Le scelte che riguardano la vita intima, affettiva e sessuale sono quelle che risultano maggiormente compromesse. La sessualità, per quanto esibita e disinibita in teoria, suscita nella maggior parte delle persone sentimenti di imbarazzo e vergogna, e più di ogni altro comportamento umano è soggetto al giudizio e alla censura da parte di chi educa, delle istituzioni e della società.

Sessualità e disabilità sono argomenti complessi, ancora tanti sono i pregiudizi e gli stereotipi, anche se lentamente inizia a farsi strada la possibilità di parlarne. Potrebbe essere questa una sorta di rivoluzione sessuale. La visione del documentario, *Sesso, Amore e Disabilità*, che diede l'avvio ai lavori del convegno, da cui ha preso spunto anche la realizzazione di un volume che ho curato, *Affettività, relazioni e sessualità nella persona con disabilità tra barriere familiari e opportunità istituzionali*, ha consentito di entrare subito nel vivo del discorso, restituendo immagini che hanno rimandato a una grande e a una notevole determinazione di tutte le persone, che con forza hanno veicolato un grande messaggio di dignità, quello, cioè, di non voler rinunciare a una vita fatta di intimità e di affettività, oltre che alla vita sessuale.

La questione sottesa, sia pure non esplicitata, ma non per questo meno presente, è “*non vogliamo una sessualità fine a se stessa*”, ma, piuttosto, la possibilità di realizzarla all'interno di una relazione di coppia pienamente integrata. Le persone con disabilità chiedono di poter vivere la relazione con l'altro senza riserve, una relazione connotata da aspetti sociali, relazionali, intimi, sessuali, “*frequentiamoci ma non lo diciamo*”, come è stato riferito da uno degli intervistati del documentario, sembra essere l'esperienza cui molto spesso vanno incontro.

Le persone con disabilità chiedono di poter vivere, al pari di tutti gli altri, una relazione dove la sessualità non sia considerata come un elemento isolato, fine a se stesso, da nascondere o di cui vergognarsi, ma come qualche cosa che possa essere integrata all'interno di una relazione che tenga conto della persona nella sua totalità (Liccardo et al., 2015).

La complessa battaglia iniziata in Italia da Maximiliano Ulivieri, uno dei relatori del convegno, portavoce del comitato promotore per l'introduzione della figura dell'assistente sessuale, è arrivata nell'aula del Senato, per la presentazione di un disegno di legge. La figura dell'assistente sessuale, già presente in alcuni paesi europei, Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Svizzera e Austria, dovrà essere in grado di aiutare le persone con disabilità fisico-motoria e/o psichico/cognitiva a vivere un'esperienza erotica, sensuale o sessuale e a orientare al meglio le proprie energie interne spesso scaricate in modo poco economico per il benessere psicofisico della persona.



Punto di partenza per il disegno di legge è una sentenza della Corte Costituzionale emessa nel 1987 che, fra l'altro, afferma che il diritto di vivere liberamente la propria sessualità “è un diritto soggettivo assoluto, che va ricompreso tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione e inquadrato tra i diritti inviolabili delle persona umana che l'articolo 2 della Costituzione impone da garantire”.

Numerosi sono gli stimoli e gli interrogativi che questa questione pone: diventa infatti complesso valutare anche il rispetto della parità di genere (assistente sessuale non solo per i maschi, evidentemente), senza considerare la complessa e delicata questione del pagamento o della gratuità (se parliamo di terapia dovremmo ipotizzare una quota a carico dello Stato?). Senza dubbio si tratta di un argomento di notevole impatto emotivo oltre che mediatico. Ultimamente sono sempre più numerosi i servizi televisivi e i quotidiani on line, che accendono i riflettori su un mondo spesso tenuto al buio, nascosto, dal quale emergono storie vere e difficili da raccontare, senza correre il rischio di farlo divenendo pietistici o volgari. È evidente a tutti che il sesso, inteso come espressione di amore e sentimento, è un'altra cosa. La sessualità è anche un bisogno esistenziale, certamente connotato da una particolarità: quando non si può realizzare in maniera autonoma, come nel caso di alcune gravi forme di disabilità, richiede necessariamente la partecipazione attiva di un'altra persona, ed ecco che inevitabilmente si instaura una relazione interpersonale, intima che, nel caso di una persona con disabilità, rischia, sia pure involontariamente, di trasformarsi in relazione affettiva unilaterale e non corrisposta.

Probabilmente, se vogliamo parlare di inclusione delle persone con disabilità, sarebbe auspicabile favorire, accanto ai percorsi legislativi come quello delineato nella proposta di legge per favorire l'assistenza sessuale, anche percorsi di educazione verso la non discriminazione anche sotto il profilo affettivo.

Riferimenti bibliografici

Liccardo T., Ricciardi Serafini de Conciliis A., Valerio P. (a cura di), *Affettività, relazioni e sessualità nella persona con disabilità tra barriere familiari e opportunità istituzionali*, Fridericiana Editrice Universitaria, Napoli, 2015



Tania Sabatino, sociologa e dottore di ricerca in Diritto ed Istituzioni economico-sociali

La sessualità delle persone con disabilità fisica. Tra tutela della salute e autodeterminazione

L'Istat nel suo rapporto su *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi* relativo all'anno 2013, e pubblicato il 21 luglio 2015, riferisce che circa 13 milioni di persone (quelle che lo studioso Matteo Schianchi in un suo libro definisce come la Terza Nazione del mondo, data la numerosità a livello mondiale) dai 15 anni in poi risultano avere limitazioni funzionali, invalidità o cronicità (tra cui una parte sarebbe definibile come *grave*). Tra le persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità, il 23,4%, cioè circa 3 milioni, riferisce di avere deficit gravi, cioè il massimo grado di difficoltà in almeno una tra le funzioni motorie, sensoriali o nelle attività essenziali della vita quotidiana. Un dato più basso di quello del CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), secondo il quale le persone con disabilità "grave" in Italia sarebbero 4,1 milioni, pari al 6,7% della popolazione.

Una percentuale così elevata sembrerebbe confermare che la disabilità, anziché potersi intendere, come nei secoli passati si è altresì fatto, come una tragedia biologica, un "accidente" frutto del fato avverso, di una cattiva fortuna, che quindi sembrerebbe dover ricadere esclusivamente sulle spalle del singolo individuo e della sua famiglia, che al più può essere oggetto di sporadici e non sistematici atti di assistenza caritatevole e di benevolenza, sia, invece, una condizione antropologicamente connessa all'esistenza umana, come la definisce, nel suo libro *L'uomo A-vitruviano*, il sociologo Claudio Roberti, rifacendosi al pensiero di Hobbes e Spinoza.

E' quindi una condizione in cui tutti hanno *n* possibilità di trovarsi per vari motivi: problemi alla nascita, malattie, eventi traumatici, vecchiaia. Proprio per questo non può essere considerata un evento eccezionale (fuori dalla norma, *anormale*). Indirettamente, questo era già stato compreso dallo studioso ottocentesco Claude Bernard, che pur coniando il concetto di *omeostasi*, cioè di equilibrio, che è alla base di un modello organicistico e riduzionista, è comunque costretto ad ammettere come la normalità debba essere ricavata in maniera più o meno forzosa dalla varie



“anormalità” effettivamente presenti in natura, annullando quelli che egli definiva fattori perturbanti, al pari del processo che viene messo in atto in un esperimento di laboratorio, e creando, di fatto, una condizione “ideale”, ma in qualche modo lontana dalla realtà empirica.

Secondo il paradigma medicalizzato, di tipo organicistico e meccanicistico, giunto all’acme tra ‘800 e ‘900, in epoca positivista e neopositivista, la disabilità è equiparabile ad una malattia, in cui il danno a volte è “normalizzabile”, altre volte è talmente grave da non essere in alcun modo, riducibile. Dalla visione medicalizzata/ospedalizzata nasce uno strumento euristico, di lettura ed interpretazione della realtà, ma anche operativo: la classificazione ICIDH, pubblicata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1980, che permette di misurare quanto si è disabili e di che tipo e di conseguenza la “cura” possibile da applicare o il tipo di “gestione della persona” che sembrerebbe possibile adottare. La visione sottostante a questo approccio è che il vero problema risieda nel corpo *deforme* (o nella mente limitata) dei disabili, che li rende incapaci di conformarsi alle richieste, *legittime* e fondate, della società.

A questa visione subentra quella sottesa al modello sociale, che individua il problema non nel corpo *inefficiente* delle persone con disabilità (che comunque riescono ad adattarsi ad un corpo *menomato*) ma nella società dominata da un paradigma “estromittente” che, nei fatti, risulta ostile all’attuazione di reali processi di inclusione ed integrazione e crea ostacoli al dispiegamento delle potenzialità delle persone con disabilità, rendendo loro difficile, se non impossibile impegnarsi in numerose attività che le persone non disabili riescono ad intraprendere, perché tarate sulla loro fisicità e sui loro modi e tempi di esecuzione. Tali barriere, poste sul cammino delle persone con disabilità, restringono o annullano, di conseguenza, anche le possibilità di incontro e relazione. Dal tentativo di sintesi tra questi due modelli nasce il modello di classificazione ICF, la cui prima versione è stata approvata dall’OMS nel 2001, che è applicabile non solo all’universo della disabilità, ma anche alla relazione tra qualunque essere umano ed il suo contesto di riferimento, dove per contesto di riferimento ci si riferisce al luogo, fisico, sociale e relazionale, dove tale individuo vive ed interagisce abitualmente. In base a tale modello, dunque, a fare la differenza rispetto al livello di integrazione e partecipazione possibili per un individuo con disabilità, sarebbero i processi di *abilitazione* o, al contrario, di *disabilitazione* di natura sociale che si innescano in base all’interazione tra le strutture corporee e le caratteristiche fisiche ed emotivo-psichiche, nonché alle predisposizioni caratteriali ed al modo di reagire alle difficoltà palesate da quest’ultimo, e gli specifici ambienti fisici, sociali e relazionali in cui essi si trova *immerso*.



La domanda cui appare opportuno, anzi necessario, trovare possibili risposte, per riuscire a creare concreti percorsi di integrazione e di inclusione è: “Si è davvero passati da una visione medicalizzata della disabilità ad una basata sulla valorizzazione delle potenzialità dell’individuo, tale da creare i presupposti di processi fattuali di integrazione sociale?”. La risposta sembrerebbe risiedere nelle esperienze quotidiane vissute dalle stesse persone con disabilità, da cui parrebbe possibile desumere le rappresentazioni sociali dominanti sottese ad una serie di atteggiamenti e comportamenti.

I presupposti della necessità di garantire ad ogni individuo reali possibilità di sviluppo affettivo-sessuale parrebbero affondare le radici nella constatazione che ogni essere umano sembrerebbe aspirare a raggiungere uno stato di benessere soggettivo e oggettivo, coincidente con uno stato di salute globale.

Uno stato di benessere, e quindi di salute, che non è caratterizzato, come sottolinea la stessa OMS, a partire dal 1948, solo da un’assenza di patologie, bensì è identificabile attraverso il livello di soddisfazione espresso dall’individuo stesso sulla propria qualità di vita. In tal senso, la qualità di vita non appare riducibile solo ad una mera possibilità di rimanere in vita, perseguibile attraverso la tutela della *vita biologica*, ma parrebbe assimilabile ad una condizione esistenziale dove gli individui abbiano davvero la possibilità di *vivere*. L’analisi, quindi, si sposta dalla semplice sopravvivenza biologica alla possibilità di “gustare la vita”, correlata al grado di soddisfazione tratto dall’oggettiva possibilità di accedere a beni e servizi e essere messi nelle condizioni di “funzionare” adeguatamente, a livello sociale, secondo quanto problematizzato e chiarito dal *capabilities approach* di Amartya Sen¹.

Il raggiungimento di un effettivo stato di benessere, e quindi di una buona qualità di vita, sembrerebbe passare attraverso la soddisfazione di quelli che Abraham Maslow, nella sua nota piramide, illustrata nel libro *Motivazione e Personalità*, definisce come bisogni primari, tra i quali parrebbe possibile inserire la sessualità² e l’appagamento dei bisogni secondari, tra cui spiccano quelli di autostima, correlata al sentimento di autoefficacia, appartenenza ed intimità. Secondo

¹ Per approfondire il tema del *capability approach* nella valutazione del reale livello di benessere oggettivo e soggettivo dell’individuo si veda Sen Amartya (1993), *Capability and Well Being* in Nussbamm Martha, Sen Amartya (1993), (edited by), *The Quality of life*, Clarendon Press, Oxford; Stiglitz Joseph E., Sen Amartya, Fitoussi Jean Paul, *La misura sbagliata delle nostre vite. Perché il Pil non basta per valutare benessere e progresso sociale*, Rizzoli Etas, 2015; Sen Amartya (1983), *Poor, Relatively Speaking*, in *Oxford Economic Papers*, New Series, vol. 35, n. 2.



l'originaria piramide dei bisogni di Maslow, la soddisfazione sessuale sarebbe direttamente connessa ad un bisogno primario di sopravvivenza, al pari del mangiare e del respirare.

Richiamando il principio di Engel, i consumatori, soddisfatti i *bisogni* di prima necessità, destinano una frazione sempre più alta dell'aumento del proprio reddito all'acquisto di beni voluttuari. A mio parere, sembrerebbe possibile applicare il principio di Engel anche alla sfera affettivo- sessuale. In tal senso, apparirebbe possibile affermare che gli esseri umani, soddisfatti i bisogni di sopravvivenza/sussistenza, quali quello di mangiare, bere e coprirsi, ricercano il piacere, vogliono soddisfare il nutrimento emozionale e ludico e dedicano a questa ricerca gran parte della loro stessa esistenza.

Secondo Keyes e Ryff, il livello di felicità, benessere e qualità della vita, anche in ambito affettivo- sessuale, è dato dalla somma tra un buon livello di autonomia e un ragguardevole grado di crescita personale raggiunto, confrontato con il livello di autoaccettazione e con quello di padronanza sull'ambiente, combinato a relazioni personali positive, connesse al grado di accettazione percepito da parte degli altri. Keyes, in particolare, pone attenzione al benessere sociale percepito dall'individuo, all'interno della comunità d'appartenenza. L'integrazione sociale, di conseguenza, consiste nella valutazione della qualità della propria relazione con la società; l'accettazione sociale è rappresentato dal sentimento di fiducia nei confronti degli altri e dalla percezione che i propri interlocutori siano capaci di esprimere gentilezza. Ugualmente nevralgica è la valutazione dell'importanza, data dagli altri, al contributo sociale che il soggetto riesce ad apportare, da cui parrebbe derivare la *quantificazione* del valore sociale dell'individuo stesso, ovvero l'impressione di essere un membro fondamentale per la comunità. Tutte queste componenti non avrebbero senso,

2 In realtà, il comportamento sessuale sembrerebbe rappresentare un territorio ibrido. Infatti, l'amore e la sessualità non si identificano *tourt court* con il sesso. Il sesso è di per sé un bisogno fisiologico e va annoverato tra i bisogni tipici di sopravvivenza, al pari del mangiare e bere. Nella scala delle priorità, i bisogni fisiologici sono i primi a dover essere soddisfatti, in quanto alla base di tali bisogni vi è l'istinto di autoconservazione, il più potente e universale pilota dei comportamenti sia negli uomini sia negli animali.

Ma il comportamento sessuale è determinato in modo molteplice da aspetti propriamente sessuali, cui si accompagnano altri aspetti come il bisogno di amore e di affetto, da ricevere e dare, il bisogno di sicurezza, quale istanza di stabilità, protezione e dipendenza; il bisogno di appartenenza, ad una persona, al proprio clan, alla propria stirpe, al proprio territorio; il bisogno di stima, proveniente da se stessi e dalla considerazione dimostrata da altre persone, che sembrerebbe generare, laddove soddisfatto, sentimenti di autofiducia, di valore, di forza e capacità di adeguamento, cioè un sentimento in base al quale ci si sente utili e necessari al mondo¹. Steven Neuberg, dell'Arizona University, problematizza ulteriormente il concetto di sessualità, per giungere non al superamento dei bisogni così come pensati e gerarchizzati da Maslow, bensì ad un loro arricchimento e a un'ulteriore articolazione. Egli, infatti, sostiene che la sessualità, che egli pone al terzo posto della piramide come importanza, consta di sesso, ma anche del desiderio di riuscire a formare una coppia e di quello di avere una progenie, che sembrerebbe richiamare, in qualche modo, il bisogno di autorealizzazione, perché la discendenza potrebbe essere interpretata come uno strumento per proiettarsi nel mondo e nel futuro. In tal senso, essa potrebbe essere intesa come una forma di progettualità specifica.



però, se non vi fosse un buon livello di attualizzazione sociale, consistente nell'analisi delle potenzialità e delle risorse della società, che si riverberano, dal piano potenziale a quello fattuale, attraverso la coerenza sociale che misura la qualità e l'organizzazione del mondo sociale.

In tal senso, parrebbe possibile porre l'espressione della sessualità al crocevia tra benessere individuale e benessere sociale perché, pur essendo quest'ambito connotato da una poderosa forza istintuale, esso risulta, altresì, un ambito fortemente *normativizzato*, come sottolineano Freud, Reich e Bauman, rispettivamente ne *Il disagio della civiltà*; *La funzione dell'orgasmo* e in *Amore Liquido*, dove si confrontano le regole sociali sui corpi *giusti* che, in virtù della *legittimazione* sociale ricevuta, possono aspirare a vivere pienamente la propria dimensione sessuale, e quelle sui corpi *sbagliati*, perché non perfettamente padroneggiati, cui questa possibilità sembrerebbe essere preclusa. Vittime del rispetto coattivo ed eteroimposto di questi standard, parrebbero essere quegli esseri umani, impossibilitati a conformarvisi, cui sembrerebbe, di conseguenza, essere negata la possibilità di accedere, attraverso l'espressione della propria sessualità, alla loro intelleggibilità e al legittimo sviluppo della propria identità, che passa anche attraverso la conoscenza del proprio corpo, quale ponte a disposizione per entrare in contatto con il corpo e le emozioni altrui. Secondo le osservazioni cliniche di Reich, la mancata espressione della propria sessualità ed il mancato soddisfacimento delle pulsioni sessuali parrebbe tradursi in un aumento dell'aggressività, tale da creare corazze emozionali che si traducono in corazze fisiche, cioè in uno stato di estrema contrattura muscolare. Inoltre, secondo Alexander Lowen, che ricorre a quest'argomentazione ne *Il Linguaggio del corpo*, l'organismo sembrerebbe in grado di incamerare ed a sopportare il dolore, anche quello legato alla somministrazione di una terapia, solo se tale dolore presagisce e promette un più grande piacere futuro. Quindi, sembrerebbe possibile ipotizzare che un mancato soddisfacimento sessuale potrebbe addirittura avere effetti "disabilitanti", poiché la privazione di quest'orizzonte prospettico edonistico, il crollo dell'aspettativa di un piacere possibile, parrebbe generare una sensazione di *mancanza di sé*, esplicitata in una mancanza di vigore nell'azione e nell'espressione.

La libera espressione della propria sessualità, quale mezzo di sviluppo identitario e presa di consapevolezza di sé, pur nella cognizione del fatto che tale interpretazione possa incontrare obiezioni e risultare controversa, è sancita, a nostro parere, dalla Costituzione Italiana, laddove pone, come principi fondanti dell'esistenza individuale e del vivere sociale, la tutela della dignità



umana e la promozione della salute, da intendersi come legittimo perseguimento di uno stato di benessere psicofisico.

Quali riferimenti normativi e documenti di riferimento, sul piano del diritto nazionale e di quello internazionale, sembrerebbe possibile indicare gli artt. 2 e 3 della Costituzione Italiana, dove viene sancito il riconoscimento dei diritti inviolabili dell'essere umano, da intendersi sia come singolo sia come elemento nevralgico all'interno delle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità. Viene anche sottolineato come alla collettività sia richiesto l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale, onde permettere all'individuo di sviluppare la sua soggettività e di veder garantito il godimento di tali diritti inviolabili. L'articolo 3 sancisce, altresì, sia l'uguaglianza "formale" sia quella "sostanziale", di matrice eminentemente sociale.

In base all'articolo 3, infatti, tutti gli individui sono titolari dei medesimi diritti e doveri, in quanto tutti sono considerati uguali davanti alla legge e tutti, parimenti, devono essere ad essa sottoposti. Nell'articolo 3 trova fondamento anche il principio antidiscriminatorio al di là di quelle che possano essere le specifiche caratteristiche di genere, razza e religione e le condizioni sociali e personali.

L'uguaglianza sostanziale si basa sul compito, assegnato allo Stato, di creare azioni positive per rimuovere quelle barriere di ordine naturale, sociale ed economico che non consentirebbero a ciascun individuo di realizzare pienamente la propria personalità. L'intermediazione nevralgica da parte dello Stato, in tal senso, sembrerebbe svolgere una funzione *compensatoria* e consentire, di conseguenza, di rimuovere o di ridurre significativamente le differenze di fatto o le posizioni storicamente di svantaggio, anche attraverso il ricorso a trattamenti di favore che, altrimenti, risulterebbero discriminatori, procurando, a chi li riceve, un potenziale vantaggio rispetto agli altri.

L'articolo 32 sancisce, poi, il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo inteso come singolo e, al contempo, ribadisce come esso rappresenti un interesse imprescindibile per l'intera collettività. Infatti, si tratta di una tutela che risulta di fondamentale importanza per scongiurare lo sviluppo di patologie psico-fisiche che poi possano andare ad impattare, in maniera secondaria, sul sistema Sanitario nazionale (SSN), maggiorando, in maniera esponenziale, i costi sostenuti, e sulla qualità stessa della convivenza civile, minacciata dal potenziale sviluppo di comportamenti aggressivi e patologici. Come ricordato in precedenza, infatti, per salute non si intende solo la mera assenza di malattie, bensì il perseguimento di un globale stato di benessere psicofisico.



Di particolare importanza, quale snodo nevralgico, appare l'approvazione da parte dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, nel 2006, della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili, ratificata e resa esecutiva dall'Italia con L. 18/2009, che costituisce un punto di confluenza tra diverse Convenzioni e ne dettaglia ed applica il contenuto, in termini di garanzia e di tutela dei diritti, anche alle persone con disabilità. E' opportuno sottolineare che lo strumento della ratifica conferisce alla Convenzione efficacia e forza normativa. Già l'appartenenza alla comunità internazionale implica il rispetto, in senso attivo e passivo, di una serie di obblighi cogenti. Attraverso la ratifica di una Convenzione, Lo Stato contraente esprime la precisa volontà e l'impegno assunto formalmente di innalzare il livello minimo di godimento effettivo dei diritti.

Agli articoli 1 e 3 della Convenzione ONU viene ribadito che lo scopo di questo strumento normativo internazionale è quello di promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità e promuovere il rispetto per la loro inerente dignità. Una tutela della dignità intrinseca di ogni essere umano che passi attraverso le garanzie di: non-discriminazione; la piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società; il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa; la parità di opportunità; l'accessibilità. Ne sembrerebbe derivare che ogni individuo in quanto essere umano tout court ha diritto ad esprimere la propria sessualità, quale forma di tutela della sua intrinseca dignità e non-discriminazione.

Gli artt. 23 e 25 sottolineano come gli Stati Parti debbano riconoscere che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del più alto standard conseguibile di salute, senza discriminazioni sulla base della loro condizione di disabilità, attuando tutte le misure necessarie per garantire l'accesso ai servizi e ai programmi sanitari di egual standard qualitativo, compresi i servizi sanitari nell'area della salute sessuale e riproduttiva e i programmi di salute pubblica inerenti alla popolazione. Il principio relativo al diritto all'assunzione di una maggiore conoscenza e consapevolezza, funzionale alla possibilità di scegliere per la propria vita, cioè di autodeterminarsi, viene riaffermato attraverso la richiesta rivolta ai professionisti sanitari di fornire alle persone con disabilità cure qualitativamente adeguate erogate sulla base del consenso libero e informato, contribuendo, al contempo, ad aumentare la conoscenza dei diritti umani, della dignità, dell'autonomia e dei bisogni delle persone con disabilità, attraverso la formazione e la promulgazione di standard *etici* per l'assistenza sanitaria pubblica e privata. Tali articoli dettagliano più specificamente l'ambito di vita



affettivo-sessuale, e, in particolare, l'art. 23 sancisce il diritto a conservare la fertilità sulla base di uguaglianza con gli altri, di sposarsi e fondare una famiglia sulla base del consenso libero e pieno dei contraenti. Sanciscono, altresì, il diritto ad una genitorialità autodeterminata e consapevole e quello ad avere accesso, in modo appropriato secondo l'età, alle informazioni in materia di procreazione e pianificazione familiare, nonché il diritto a ricevere i mezzi necessari a consentire loro di esercitare tali diritti.

L'esistenza e l'importanza della tutela dei cosiddetti *diritti sessuali* viene riaffermata anche attraverso *La Dichiarazione sulla Salute Sessuale per il Millennio*, la cui versione revisionata è stata approvata, nel marzo 2014, dal Consiglio Consultivo della *World Association for Sexual Health* (WAS), l'organizzazione mondiale che, in maniera trasversale, si impegna a promuovere i diritti sessuali come diritti umani universali, che sollecita tutti a: «*Riconoscere, promuovere, assicurare e proteggere i diritti sessuali per tutti. I diritti sessuali sono parte essenziale dei diritti umani fondamentali e pertanto sono inalienabili ed universali. La salute sessuale è una componente essenziale del diritto al godimento dei più elevati standard di salute. La salute sessuale non può essere ottenuta o mantenuta senza diritti sessuali per tutti, che passa anche attraverso un processo di educazione sessuale*³».

In tal senso, la WAS afferma l'importanza del riconoscimento della salute sessuale come elemento chiave della salute *tout court*, del benessere globale e dello sviluppo socio-economico del mondo.

Lo specifico richiamo al diritto di conservare la propria fertilità in condizioni di uguaglianza e parità con gli altri, sottolineato dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, potrebbe sembrare anacronistico ma così non è perché la sterilizzazione forzata⁴ è attuata, ad esempio, in Australia, nei confronti di molte donne per gestire il ciclo mestruale o per evitare i rischi connessi ad abusi sessuali e secondo alcune madri questo provvedimento sembrerebbe essere

3 Per approfondire il tema dei diritti sessuali si veda World Association for Sexual Health (WAS), *Dichiarazione dei diritti sessuali*, Marzo 2014. La Dichiarazione, nella sua traduzione italiana, è consultabile al seguente link: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/Dichiarazione-dei-Diritti-Sessuali.pdf>. La versione inglese è consultabile al seguente link: http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf.

4 La *sterilizzazione forzata* è caratterizzata dall'imposizione di misure volte ad impedire le nascite all'interno di un determinato gruppo. La Corte Penale Internazionale classifica la sterilizzazione forzata come un *crimine contro l'umanità*. Tale categorizzazione non sembrerebbe, paradossalmente, applicabile *in toto* alla sterilizzazione di persone con disabilità, in special modo di tipo cognitivo, perché la decisione sulla sterilizzazione, pur non essendo presa dalla stessa persona con disabilità, ed essendo, quindi, nei fatti eteroimposta, è comunque presa da un familiare delegato o da tutori legali che agiscono in nome, per conto e per la tutela del presunto bene *superiore* dell'individuo con disabilità.



necessario per salvaguardare l'equilibrio psico-fisico delle figlie. Inoltre, in molti Paesi del Nord Europa, dell'area di lingua anglosassone e dell'Europa Orientale, che ancora privilegiano il ricorso alle istituzioni *speciali* per le persone con disabilità, si ricorre alla *sterilizzazione programmata*⁵, per evitare i problemi connessi allo sviluppo sessuale, ai rapporti affettivi e sessuali, alla contraccezione ed alle mestruazioni e per prevenire abusi e violenza.

In base al percorso conoscitivo fin qui delineato, nel tentativo di contribuire a sviluppare una maggiore consapevolezza propedeutica ad innescare un processo di cambiamento culturale che generi, sul piano fattuale, possibili azioni concrete, esiste un obiettivo nevralgico che le persone con disabilità dovrebbero perseguire.

Si tratta di quello relativo all'indipendenza decisionale, possibile anche in condizioni di scarsa o nulla autonomia fisica, che parrebbe riassumibile nella possibilità, per ogni essere umano, a fronte di capacità riconosciute ed opportunamente dispiegate, di essere realmente protagonista della propria vita e artefice del proprio destino, attraverso lo sviluppo di un sentimento di autoefficacia, cioè della capacità di realizzare un opportuno allineamento tra i "mezzi" a propria disposizione ed i fini, cioè gli obiettivi che si sceglie di raggiungere. Per creare ed implementare tale sentimento di indipendenza, unito ad un'adeguata percezione di autoefficacia, sembrerebbe necessario passare attraverso la genesi di occasioni di sviluppo affettivo e sessuale, creando appropriati presupposti sociali che permettano di avere un'esperienza adeguata rispetto alla propria età anagrafica, pena il rischio di innesco di processi di *infantilizzazione*⁶. Un passaggio imprescindibile sembrerebbe, dunque, essere quello del riconoscimento di quella che Brunella Casalini, nel suo articolo *Disabilità, immaginazione e cittadinanza sessuale*, definisce come *cittadinanza sessuale*, che esprime la rivendicazione ad una *collocazione sessuale* non neutra ed alla possibilità di poter fare esperienza, attraverso la creazione di presupposti sociali di integrazione, che permettano alle persone con disabilità di creare un possibile spazio simbolico-relazionale condiviso.

⁵ Si parla di *sterilizzazione programmata*, in quanto l'attuazione di tale strumento, deputato alla prevenzione delle nascite e ad evitare problemi connessi alla gestione del ciclo ed allo sviluppo sessuale stesso, non è legata a situazioni contingenti ed emergenziali, bensì pianificata, nei tempi e nei modi, in maniera strategica e sistematica. Essa costituisce, altresì, un deterrente contro eventuali stupri ed abusi sessuali. Sembrerebbe di avvertire, nelle motivazioni addotte a favore della necessità del ricorso alla sterilizzazione programmata, l'eco delle motivazioni che si ritrovano nella sterilizzazione canina e felina che, se fatta in età giovanile e programmata, e concordata con il medico veterinario di fiducia, è consigliata per precise ragioni. I vantaggi che ne conseguono, infatti, sono collegati alla prevenzione e alla riduzione di diverse patologie connesse alla sfera sessuale ed alla salute dell'apparato riproduttivo.

⁶ Le persone con disabilità sarebbero portatrici, quindi, non di una condizione "di bambini" insita, bensì acquisita a causa dell'assenza forzata di esperienza.



Ugualmente importante, in tal senso, appare lo *sblocco* dei processi di rispecchiamento e di riconoscimento delle reciproche fragilità. La possibilità di realizzare questo *sblocco* parrebbe derivare dal riconoscimento di un'inevitabile condizione esistenziale di interdipendenza reciproca, che caratterizza tanto le persone con disabilità che quelle non disabili, in quanto intrinsecamente caduche.

Un processo di rispecchiamento e, specularmente, di riconoscimento, che permetterebbe di individuare le innegabili similitudini ed affinità, ma anche le necessarie ed irrinunciabili differenze, da intendersi non come un disvalore ma come fonte di arricchimento.

D'altronde già lo psicologo russo Vygotskij, negli anni '30 del '900, sottolinea come di una persona non si debba considerare la dotazione organica di base, bensì quella raggiungibile attraverso opportuni strumenti di supporto, sia a livello di ausili, le cosiddette *protesi esogamiche*, che di confronto esistenziale ed esperienziale reciproco, tale da sviluppare opportunamente *la zona prossimale di sviluppo*.

In tal senso, le persone con disabilità non sarebbero da percepire come esseri umani di *minor valore*, a causa di un *difetto* e di una presunta minore capacità prestazionale, come è stato propugnato da un paradigma organicista e riduzionista di tipo medicalizzato, bensì come dotati di particolare valore, poiché la loro esistenza è chiaro indicatore della grande capacità di resilienza e di adattamento umani⁷.

⁷ Per approfondire tale tema ci si può riferire all'impianto argomentativo costruito in Roberti Claudio, *L'Uomo A-vitruviano: analisi storico sociologica. Per altre narrazioni delle disabilità nel sistema mondo*, Aracne, Ariccia (RM), 2011.



Bibliografia essenziale

Libri ed articoli

Bauman Zygmunt, *Amore Liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*, Laterza, Bari.

Bonato Riccardo, Nobile Marianna, *Il benessere, un percorso multidisciplinare*, Ledizioni, Milano, 2014.

Casalini Brunella *Disabilità, immaginazione e cittadinanza sessuale*, in *Etica & Politica / Ethics & Politics*, vol. 15, n. 2.

Cipolla Costantino (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Volume 1, Fran-coAngeli, Milano, 2004.

Cipolla Costantino (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Volume 3, Fran-coAngeli, Milano, 2005.

Cipolla Costantino (a cura di), *La sessualità come obbligo all'alterità*, FrancoAngeli, Milano, 2005.

Freud Sigmund, *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

Giddens Anthony, *La trasformazione dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*, Il Mulino, Bologna, 1995.

ISTAT, *Disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*, 2010, Roma.

ISTAT, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*, rapporto relativo all'anno 2013, 21 luglio 2015, Roma.



Lazzanzi Giorgio, Monetti Vito (a cura di), *La Corte penale internazionale. Organi, competenza, reati, processo*, Giuffrè, Milano, 2006

Lowen Alexander, *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano, 2016.

Medeghini Roberto (a cura di), *Disabilità e corso di vita. Traiettorie, appartenenze e processi di inclusione delle differenze*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

Medeghini Roberto, *Norma e normalità nei Disability Studies. Riflessioni per ripensare la disabilità e analisi critica*, Erickson, Trento, 2015.

Medeghini Roberto, Valtellina Enrico, *Quale disabilità? Culture, modelli e processi d'inclusione*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, 2004

Posati G. (2000), *Tra esperienza e progetto: diritto alla sessualità come diritto alla qualità della vita*, in Veglia Fabio (2000), *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce, la carezza*, FrancoAngeli, Milano.

Reich Wilhelm, *La funzione dell'Orgasmo. Dalla cura delle nevrosi alla rivoluzione sessuale e politica*. Il Saggiatore, 2010.

Roberti Claudio, *L'uomo A-vitruviano. Analisi storico-sociologica per altre narrazioni delle disabilità nel sistema-mondo*, Aracne, Ariccia (Rm), 2011.

Sen Amartya (1993), *Capability and Well Being* in Nussbam Martha, Sen Amartya (1993), (edited by), *The Quality of life*, Clarendon Press, Oxford.

Sen Amartya (1983), *Poor, Relatively Speaking*, in *Oxford Economic Papers*, New Series, vol. 35, n. 2;

Stiglitz Joseph E., Sen Amartya, Fitoussi Jean Paul, *La misura sbagliata delle nostre vite. Perché il Pil non basta per valutare benessere e progresso sociale*, Rizzoli Etas, 2015.



Sitigrafia

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)*. in: <https://www.unric.org/html/italian/pdf/Convenzione-disabili-ONU.pdf>

World Association for Sexual Health (WAS), *Dichiarazione dei diritti sessuali*, Marzo 2014 in: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/Dichiarazione-dei-Diritti-Sessuali.pdf>.
e in: http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf.

Sterilizzazione canina e felina giovanile e programmata in: <http://www.lagazzetta.info/perche-e-consigliata-la-sterilizzazione-in-eta-giovanile-e-programmata/>.

Benessere sociale in: <http://www.psicologiadellavoro.org/?q=il-benessere-sociale>.

Costituzione Italiana in: <https://impariamolacostituzione.wordpress.com/2010/03/14/33/>.

Discussione e confronto finali

I partecipante: Apprezzo iniziative e riflessioni del genere. La mia paura, anche in base alle mie esperienze da psicologa di lungo corso che ha avuto modo di assistere a diverse iniziative e vicissitudini ed anche da persona con disabilità è che proposte come quella dell'assistenza sessuale potrebbero trasformarsi nell'ennesimo percorso eterodeterminato ed in qualche modo calato nell'altro, percorrendo strade anche molto diverse da quelle immaginate ed auspiccate dagli stessi promotori. Penso ad esempio alle aspirazioni alla vita indipendente e quindi ad una gestione autodeterminata delle proprie esigenze di assistenza. In alcuni casi questa istanza, promossa dalle persone con disabilità attraverso un movimento internazionale, sta dando origine al cosiddetto assegno di cura, un sussidio economico che, pur consentendo idealmente alla persona di accedere ad



un'assistenza continua all'interno delle mura domestiche rischia di tradursi in una misura ed in un percorso "blindato" e calato dall'alto, e quindi deciso a vari livelli istituzionali, sulla base della propria patologia, privando la persona con disabilità, nei fatti, di una reale possibilità di scelta.

II partecipante: bisogna sicuramente agire per promuovere un'immagine diversa delle persone con disabilità, un'immagine per molti versi "vincente" positiva e propositiva. Un cambiamento culturale che però deve avvenire in maniera equilibrata, cioè non occultando le reali difficoltà che una persona con disabilità vive ogni giorno e la maggiore fatica che deve sostenere, oggettivamente, per vivere la sua esistenza in maniera attiva e partecipata. Altrimenti si corre il rischio di trasmettere un'immagine distorta e ugualmente fallace, che presenti le persone con disabilità come felici, serene e realizzate, senza problemi di sorta. Bisogna invece, sottolineare come, in molto casi, la fatica per raggiungere i medesimi obiettivi sia doppia o tripla e come sia necessario, proprio in virtù di questo, promuovere lo sviluppo di ausili e misure adeguate di supporto per le persone con disabilità. Dovendo essere tarate sulle effettive esigenze e sui modi e empi delle persone con disabilità ritengo che non possano essere ideate né tantomeno che se ne possa verificare l'effettiva efficacia senza la collaborazione con persone con disabilità, che ne sono i reali destinatari ed utilizzatori, cosa che attualmente avviene di rado. In tal senso, mi sento di condividere appieno lo slogan "Mai più qualcosa su di noi senza di noi".

III partecipante: mi chiedo quando influiscano negativamente sulle possibilità di sviluppo affettivo e sessuale delle persone con disabilità le immagini che provengono da film e pubblicità, che ci mostrano corpi perfetti, scultorei, magri, o comunque in forma. Immagini che fanno risultare coloro che si discostano, per scelta o necessità, da determinate caratteristiche, come meno o per nulla attraenti o desiderabili, favorendo sentimenti di insicurezza, inadeguatezza e mancata accettazione.