

La multidimensionalità dell'educazione sessuale



Ivan De Marco*, Francesca Cavallo**,
Federico Dibennardo***, Jacopo Stringo****,
Paolo Fiore***** , Carla Iuliano***** , Gabriele Einaudi*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

L'articolo analizza in modo approfondito il ruolo dell'educazione affettiva e sessuale come componente essenziale della salute pubblica e dello sviluppo umano lungo tutto l'arco di vita. A partire dalla definizione di salute dell'OMS, viene evidenziata l'inscindibile interconnessione tra sessualità e affettività, sostenuta da ampie evidenze scientifiche in ambito psicologico, sessuologico e relazionale. Gli autori sottolineano come in Italia l'educazione ses-

* Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Sessuologo, Co-coordinatore Area di Interesse Sessuologia SITCC, CBT Academy, IUSTO, Centro Studi Autopoiesi, C.so A. De Gasperi 32 – 10129 Torino; ivan.demarco@ius.to.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Sessuologa, Criminologa, Coordinatrice Area di Interesse Sessuologia SITCC, Scuola Psicoterapia Integrata, Passaggio dei Canonici Lateranensi 12 – 24121 Bergamo; francycavallo@hotmail.it.

*** Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Parma, Dipartimento di Medicina, Via Lata 217 – 00049 Velletri; info@federicodibennardo.it.

**** Psicologo, PhD candidate, Università degli studi di Bergamo, via Salvecchio 19, 24129; Coordinamento Esecutivo CRiSiCo – IULM; membro GdLmLGBTQI+ dell'Ordine Psicologi Lombardia; info.jacopostringo@gmail.com.

***** Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Torino, 10124, Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – 10129 Torino; info@paolofiore.it.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Viale A. Gramsci, 13 – 80122 Napoli; iulianocarla@gmail.com.

***** Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Torino – 10124 Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, 10129 Torino; g.einaudi@unito.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23109

suale sia frammentaria, non obbligatoria e priva di un quadro normativo unitario, collocando il Paese tra gli ultimi in Europa per implementazione effettiva.

Le evidenze internazionali (OMS, UNESCO, UE) dimostrano che i programmi di Comprehensive Sexuality Education riducono gravidanze adolescenziali, infezioni sessualmente trasmissibili e comportamenti a rischio, promuovendo competenze emotive, consenso, rispetto e cittadinanza responsabile. L'educazione precoce non anticipa l'attività sessuale, ma funge da prevenzione primaria contro violenza, discriminazione e disinformazione, aggravata oggi dall'uso di pornografia online come principale fonte informativa per molti adolescenti.

L'articolo propone un caso clinico a conclusione, per portare una riflessione clinica a supporto di quanto introdotto nelle righe precedenti. Il trattamento, che segue i vari step della terapia, mostra in modo pratico e applicativo quanto l'educazione e la terapia affettiva e sessuale siano indispensabili per il benessere individuale, relazionale e sociale, e come viceversa la sua assenza rappresenti un concreto rischio sanitario ed educativo.

Parole chiave: Comprehensive Sexuality Education (CSE), sviluppo affettivo-sessuale, promozione di salute pubblica, terapia cognitivo-comportamentale, studio di caso.

The multidimensionality of sex education

Abstract

The article provides an in-depth analysis of the role of affective and sexual education as an essential component of public health and human development across the entire lifespan. Drawing on the World Health Organization's definition of health, it highlights the inseparable interconnection between sexuality and affectivity, supported by extensive scientific evidence from psychological, sexological, and relational research. The authors emphasize that in Italy sexual education remains fragmented, non-compulsory, and lacking a unified regulatory framework, placing the country among the lowest in Europe in terms of effective implementation.

International evidence (WHO, UNESCO, EU) demonstrates that Comprehensive Sexuality Education programs reduce adolescent pregnancies, sexually transmitted infections, and risk behaviors, while fostering emotional competencies, consent, respect, and responsible citizenship. Early education does not anticipate sexual activity; rather, it functions as primary prevention against violence, discrimination, and misinformation, issues that are currently exacerbated by the widespread use of online pornography as a primary source of information for many adolescents.

The article concludes with a clinical case study, offering a practice-based reflection that supports the theoretical framework presented in the preceding sections. The treatment process, following the successive stages of therapy, illustrates in a concrete and applied manner how affective and sexual education and therapy are indispensable for individual, relational, and social well-being, and conversely how their absence constitutes a tangible public health and educational risk.

Keywords: Comprehensive Sexuality Education (CSE), Affective-Sexual Development, Public Health Promotion, Cognitive-Behavioral Therapy, Clinical Case Study.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fin dalla sua fondazione nel 1948, si pose come obiettivo il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute; la salute venne quindi definita come uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e nelle specifiche si troveranno, in seguito, non solo la salute sessuale ma anche la guida standard di educazione sessuale in Europa, ovvero una guida per i governi, sviluppata dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS¹. Nel nostro Paese, per attrarre la benevolenza delle istituzioni, si parla spesso di educazione alla sessualità e all'affettività, come se si dovessero tenere unite due aree distinte dell'esperienza umana. Diverse pubblicazioni scientifiche, al di là degli studi pionieristici di S. Freud (1905), nell'ambito della Sessuologia (Ross, 2013), della Teoria dell'Attaccamento (Crittenden, 2008) e delle Relazioni Affettive (Johnson, 2014), evidenziano come l'affettività e la sessualità siano due esperienze strettamente interconnesse dalla nascita alla morte, a prescindere dalla consapevolezza e dall'intenzione di voler inibire una piuttosto che l'altra.

Alcuni corsi di educazione sessuale di ispirazione statunitense² pongono maggiore attenzione ai processi di sviluppo psicofisico; altri, di ispirazione mitteleuropea³ pongono l'accento alla libertà di esprimere il proprio sé sessuale e l'importanza del consenso. In merito a ciò la SITCC (con la sottoscrizione di altre società di rilevanza nazionale) si è giustamente espressa come supporto scientifico, con esperienza nei temi trattati, per il Governo e le istituzioni competenti. In particolare, è stata inviata una lettera relativa all'implementazione dell'educazione affettiva e sessuale nei curricula scolastici. Che pensiamo sia rilevante riportare qui di seguito integralmente:

*La Società Scientifica SITCC accreditata presso il Ministero della Salute ai sensi della Legge Gelli-Bianco (2017) e le Società Scientifiche co-firmatarie hanno espresso preoccupazione rispetto alle recenti disposizioni contenute nel disegno di legge C 2423 che vietano l'inserimento dell'educazione affettiva e sessuale nei curricula della scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo e secondo grado. Sostenendo che tale provvedimento *contrasta con le**

¹ OMS (2016)

² Si prenda ad esempio lo Human Dignity Curriculum, programma di educazione sessuale progettato in USA ed esportato in tutto il mondo occidentale.

³ In questo caso si può usare come esempio Make Love, programma di educazione sessuale progettato in Germania ed esportato in tutta Europa.

evidenze scientifiche consolidate, le raccomandazioni delle principali organizzazioni internazionali (OMS, UNESCO, ONU) e i principi fondamentali atti a tutelare la *salute pubblica*. L'esclusione dell'educazione sessuale dai percorsi scolastici nelle scuole primarie e secondarie di primo grado rappresenta un *rischio sanitario* che espone la popolazione giovanile a rischi documentati legati alla salute affettiva, psicologica e fisica. Si ritiene opportuno parlare di educazione affettiva e sessuale, piuttosto che di educazione "sessuo-affettiva", per evitare ambiguità interpretative e riduzionistiche, favorendo chiarezza terminologica nei materiali e nei programmi.

i) Il quadro attuale in Italia

Le Linee Guida Nazionali (art. 1, comma 16, L. 107/2015) e la Convenzione di Istanbul (2011) riconoscono il ruolo fondamentale della scuola nella promozione del rispetto, della parità di genere e nella prevenzione della violenza, ribadendo l'educazione affettiva e sessuale come componente essenziale della cittadinanza attiva. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (2019), i programmi di educazione sessuale in Italia si caratterizzano per *frammentarietà e disomogeneità territoriale* (Chinelli *et al.*, 2022). Solo la metà delle attività organizzate secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è sviluppata da strutture sanitarie pubbliche. L'assenza di obbligatorietà e di continuità programmatica determina carenze nei dati di efficacia e nella possibilità di monitorare gli esiti degli interventi. Nel Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (vol. 34, n. 6, giugno 2021), viene riportata l'urgenza dell'introduzione nel curriculum scolastico di spazio dedicato all'educazione alla sessualità, all'affettività e alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, con strumenti condivisi a livello nazionale e personale formato.

Un recente report dell'UNESCO (2023) tuttavia evidenzia nel contesto italiano:

- *l'assenza di un quadro normativo nazionale e la carenza di una struttura uniforme e omogenea per tutti gli studenti su scala nazionale, con ricadute negative su salute, pari opportunità e prevenzione delle discriminazioni;*
- *gli interventi presenti sono spesso limitati agli aspetti biologici (prevenzione di infezioni sessualmente trasmissibili, gravidanze precoci), con un predominio di un approccio biologico-preventivo che lascia ai margini gli aspetti emotivi, relazionali, identitari e il consenso. Solo marginalmente si trattano temi come il consenso, i diritti umani, l'uguaglianza di genere, l'orientamento sessuale e l'inclusione;*
- *l'Italia viene collocata dal report UNESCO tra le ultime nazioni in Europa per implementazione reale dell'educazione sessuale e affettiva.*

ii) *Le evidenze scientifiche internazionali*

La risoluzione del Parlamento Europeo (2022) esorta gli Stati Membri a garantire l'accesso a un'educazione e a informazioni sulla sessualità scientificamente accurate, in linea con le raccomandazioni dell'OMS (2010) e dell'UNESCO (2018). L'educazione affettiva e sessuale va intesa come un processo graduale e coerente con le tappe evolutive, orientato allo sviluppo delle competenze socio-emotive e relazionali necessarie per il benessere individuale e collettivo. La letteratura scientifica documenta l'efficacia dei programmi di *Comprehensive Sexuality Education* (CSE), approccio raccomandato dalle Linee Guida UNESCO (2018) elaborate in collaborazione con UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women e OMS. La CSE contribuisce allo sviluppo delle competenze di vita (life skills) emotive e sociali, come la gestione delle emozioni, la comunicazione empatica, il consenso e la risoluzione non violenta dei conflitti. Si configura come un percorso educativo orientato alla persona nella sua interezza, essenziale per costruire relazioni sane, prevenire gli effetti distorsivi delle rappresentazioni mediatiche inadeguate e promuovere una cittadinanza fondata sulla responsabilità, sulla parità e sulla dignità personale

Gli studi dimostrano che l'educazione sessuale comprensiva riduce significativamente i tassi di gravidanze adolescenziali e di infezioni sessualmente trasmissibili (Kohler *et al.*, 2008; Shepherd *et al.*, 2017; McKay *et al.*, 2021), mentre i programmi basati esclusivamente sull'astinenza non risultano sufficienti nella prevenzione di comportamenti sessuali a rischio. Gli Standard per l'Educazione Sessuale in Europa dell'OMS (2010) raccomandano *un approccio strutturato a partire dai 5 anni di età, organizzato secondo un curriculum progressivo adattato alle diverse fasce evolutive*. L'importanza di implementare la CSE già dall'infanzia e i benefici per i giovani sono aspetti sottolineati anche dalle più recenti meta-analisi (Barriuso-Ortega *et al.*, 2024; Kim *et al.*, 2023). Gli interventi devono essere progettati in un'ottica di *prevenzione primaria: la CSE consente di sviluppare conoscenze accurate e adeguate all'età, acquisire competenze e riflettere su valori come il rispetto dei diritti umani e più in generale sulle abilità che favoriscono relazioni sicure*.

iii) *I dati sulla popolazione giovanile italiana*

Il Progetto Studio Fertilità del Ministero della Salute (ISS, 2019) documenta che l'89% dei maschi e l'84% delle femmine adolescenti cercano informazioni su internet, con accesso frequente a *contenuti inadeguati*. Il ricorso purtroppo troppo frequente a pornografia *online* facilmente accessibile utilizzata come fonte di educazione sessuale espone a rischio concreto di interiorizzare come modello adeguato pratiche sessuali estreme, spesso violente, lontane dal-

la realtà e da una connessione affettiva o sentimentale. Il 94% dei ragazzi ritiene che debba essere la scuola a garantire l'informazione e il 62% desidera ricevere queste informazioni da personale esperto esterno. Nella popolazione adulta, solo il 5% delle donne è consapevole che le possibilità biologiche di concepimento iniziano a ridursi dopo i 30 anni. Gli adolescenti italiani utilizzano come fonti di informazioni primarie per esplorare e conoscere la sessualità soprattutto i social media (37,9%), la famiglia, la scuola e le fonti scientifiche sono utilizzate soltanto in minor parte rispettivamente il 15,1%, il 5,2%, e il 4,4% (Zamponi *et al.*, 2024). *Questi dati confermano quanto sia urgente un intervento educativo sistematico e scientificamente fondato, capace di offrire ai giovani strumenti di consapevolezza emotiva, rispetto e senso critico, in linea con gli standard europei.*

iv) Lo sviluppo affettivo-sessuale come processo evolutivo precoce

Le evidenze della psicologia dello sviluppo confermano che la sessualità costituisce una dimensione fondamentale dell'esistenza umana fin dalla prima infanzia. I processi di differenziazione sessuale iniziano prima della nascita e proseguono attraverso l'esplorazione corporea, il riconoscimento delle differenze di genere, fino alla maturazione puberale e adolescenziale. *L'educazione affettiva costituisce la premessa necessaria per un'educazione sessuale efficace e rispettosa delle tappe evolutive: promuove intelligenza emotiva, capacità empatiche e rispetto dei confini personali, riducendo il rischio di stereotipi e di comportamenti violenti. Intervenire precocemente sulla dimensione affettiva significa agire sulle radici culturali della discriminazione e della violenza di genere. L'educazione affettiva e sessuale non accelera né anticipa comportamenti sessuali, ma fornisce gli strumenti per comprendere i cambiamenti fisici ed emotivi, riconoscere i confini personali, interiorizzare la pratica del consenso e del rispetto del proprio corpo e del corpo dell'altro, sviluppare relazioni rispettose e prendere decisioni informate e responsabili. L'approccio preventivo precoce è fondamentale per la protezione dei minori da abusi e sfruttamento sessuale, come sancito dalla Convenzione di Lanzarote (2007) e risulta fondamentale per contrastare fenomeni quali:*

- abusi e maltrattamenti sessuali su minori;
- violenza di genere e comportamenti discriminatori;
- comportamenti sessuali precoci;
- gravidanze adolescenziali indesiderate;
- diffusione di infezioni sessualmente trasmissibili;
- distorsioni cognitive derivanti da fonti informative inadeguate;
- cyberbullismo e comportamenti sessualizzati inappropriati.

Attraverso gli interventi di educazione affettiva e sessuale si creano *maggiori occasioni per aumentare la riflessione su norme sociali e sui valori culturali*, consentendo ai giovani di posizionarsi in modo più consapevole e assertivo nelle relazioni con coetanei, genitori, insegnanti e la loro comunità in generale.

v) *Proposte operative*

Alla luce di quanto esposto e delle evidenze scientifiche richiamate, si ritiene necessario che le istituzioni competenti promuovano un intervento strutturato, sistematico e basato su evidenze, che renda l'educazione affettiva e sessuale parte integrante del percorso formativo di bambini e adolescenti. In questa prospettiva, la SITCC propone alcune linee operative prioritarie per una politica educativa coerente con gli standard internazionali e con le esigenze del contesto nazionale:

- inserire nei curricula educazione affettiva e sessuale sin dalla scuola dell'infanzia, con metodologie scientifiche e adeguate all'età;
- formare docenti e educatori sulle dimensioni emotive, affettive e relazionali;
- promuovere collaborazioni tra scuole, famiglie e servizi territoriali per un approccio condiviso;
- favorire una comunicazione chiara, in grado di superare disinformazioni e pregiudizi, valorizzando il dialogo scuola-famiglia.

Conclusioni

L'educazione affettiva e sessuale è un diritto fondamentale, parte integrante della salute e dello sviluppo equilibrato di bambine, bambini e adolescenti, riconosciuto da ampie evidenze scientifiche e norme internazionali. Non rappresenta un'ideologia, ma una pratica di salute pubblica fondata su dati scientifici e principi di prevenzione. Essa protegge i minori, favorisce relazioni sane, riduce la violenza e promuove il rispetto reciproco.

La sua esclusione dai percorsi scolastici rappresenta un rischio sanitario concreto. L'implementazione di programmi strutturati e continuativi è una necessità sanitaria e educativa sostenuta da robusti dati scientifici e dalle raccomandazioni di tutte le principali organizzazioni internazionali in ambito di salute pubblica.

Si sottolinea *l'importanza del coinvolgimento di genitori e caregiver* nei processi educativi relativi alla sessualità e all'affettività. Al tempo stesso, è imprescindibile che *le istituzioni assumano un ruolo attivo*, offrendo percorsi di qualità che vadano oltre le conoscenze spesso parziali o, come visto, talvolta assenti trasmesse dagli adulti di riferimento. In assenza di programmi chiari, scientificamente fondati e strutturati all'interno del ciclo scolastico, si corre infatti *il grave rischio di lasciare senza adeguato sostegno proprio per le persone e le famiglie più vulnerabili*.

Oltretutto, già vent'anni fa in alcune ricerche italiane effettuate con l'uso dei questionari SEA – Sex Education & Attachment nelle scuole primarie (Veglia, De Marco & Robasto, 2005; Onor, Pasquini & Camusso, 2005) e SOQ – Sex Outcome Questionnaire nelle scuole secondarie (Veglia *et al.*, 2005), si era mostrato come una buona educazione sessuale non incoraggi o, peggio, banalizzi rispetto all'idea di avvicinarsi alle diverse forme di espressione sessuale (compresi l'auto-esplorazione e il coito), anzi, generi occasioni di riflessione, maggiore consapevolezza e un aumento della sensazione di rispettoso allarme, oltre che ovviamente di conoscenza scientifica.

Un'analisi approfondita dell'educazione affettiva e sessuale, sensibile alle differenti modalità con cui l'intimità fisica e mentale si esprime nei diversi contesti culturali, consente di arricchire la comprensione dello sviluppo psicofisico integrandola con lo studio delle relazioni affettive significative e con una concezione del consenso strettamente intrecciata alla consapevolezza di sé e dell'altro. Tale prospettiva è orientata alla promozione del più alto livello possibile di benessere individuale e relazionale. Un'indagine sistematica di questa ampiezza eccede tuttavia i limiti di un singolo contributo scientifico; pertanto, il presente lavoro si propone di offrire alcuni spunti di riflessione utili a pensare l'educazione affettiva e sessuale lungo l'intero arco di vita, dall'infanzia all'adolescenza, fino all'età adulta e anziana, includendo anche le popolazioni in condizioni di maggiore vulnerabilità. In generale, descrivendo la condizione della relazione sentimentale come un basamento pentagonale appoggiato su cinque plinti, potremmo definire i cinque sostegni con l'acronimo SFIDE: Sesso, Forma, Intenzione, Direzione ed Esperienza. Dove Sesso fa riferimento a tutte le forme di attivazione psicofisica, dal proposito di avere una piacevole intimità corporea condivisa alla soddisfazione per l'esperienza vissuta, passando per il desiderio, l'eccitazione, il mantenimento dell'eccitazione e l'orgasmo; senza dover necessariamente percorrere tutte le tappe o sempre nella stessa soluzione di continuità. La Forma riflette la manifestazione del Sé sessuato sia esteriore (*morphé*) che interiore (*eidos*) con tutte le sfumature dal maschile al femminile nell'espressione della propria persona e attrazione per l'alterità.

L'Intenzione è la base della pragmatica comunicativa, con attenzione al rispetto di se stessi e dell'alterità e la verifica del consenso. La Direzione riguarda il senso e la scopistica, per dare al significato degli avvenimenti una profondità temporale. L'Esperienza (o discernimento, essere consapevoli, coscienti di se stessi e della realtà) è la storia della propria sessualità, dall'esplorazione di se stessi alla scoperta dell'alterità, fino alla costruzione del noi. Una buona educazione alla sessualità e affettività deve tenere conto

di tutto ciò, non solo offrire approfondimenti di anatomia umana o di biologia della riproduzione.

Al centro del pentagono relazionale, infine, collocata in una struttura più profonda e centrale, possiamo riconoscere ciò che V. Guidano e G. Liotti (1983) definirono: Nucleo Metafisico, ovvero l'autoconoscenza tacita che viene progressivamente elaborata durante lo sviluppo, in altri termini, la visione generale che le persone hanno di se stesse, la parte di ipseità che intimamente custodiscono. Questi ultimi concetti sono però più di pertinenza clinica e potranno essere approfonditi solo in contesti educativi di alto livello e dedicati ai professionisti, come le scuole di specializzazione e i master, per cui esistono delle recentissime pubblicazioni scientifiche specifiche che affrontano in modo tecnico ed esaustivo la questione della sessualità e della psicoterapia, in particolare tenendo conto del modello cognitivista (Cavallo, 2025; Iuliano, 2025).

L'accordo relazionale dichiarato in Italia è quasi sempre la monogamia con fedeltà, almeno idealmente, ma può assumere altre svariate configurazioni, sempre nel reciproco rispetto. Dove il piacere sessuale (compreso il piacere orgasmico) non è il fine ma il mezzo, attraverso cui si realizza il Sé in vari modi, dalla costruzione di legami affettivi speciali e peculiari fino al concepimento di nuovi individui unici e irripetibili, promuovendo quindi l'autopoiesi e la generatività (De Marco, 2017; Colonna & De Marco, 2022).

Ricordiamo infine che usare divieti o censure nell'educazione è un metodo pedagogico quanto mai controproducente, così come prescrivere delle sensazioni, delle emozioni o dei comportamenti da imporsi. Per vivere al meglio la sessualità e l'affettività occorre un alto livello di consapevolezza e pratica esperienziale, anche per apprendere e comprendere l'autodisciplina. Nessuna sanzione potrebbe inibire la nostra attivazione emotiva, quando ci si prova spesso il prezzo da pagare è l'esordio psicopatologico. Tuttavia, anche tentare di non influenzare in alcun modo lo sviluppo affettivo e sessuale di chi ascolta è poco realistico, l'atteggiamento stesso del docente risulta già in sé una forma educativa, che se non è consapevole e costantemente monitorata può divenire molto pericolosa. È bene che il linguaggio sia adattato all'ambiente, al livello d'istruzione e all'età di chi vuole imparare. I contenuti devono essere consoni al messaggio che si vuole trasmettere e rigorosamente aderenti alle conoscenze scientifiche più aggiornate.

Sarebbe poi grave non prestare attenzione al rispetto dei tempi e dei modi di chi sta apprendendo; soprattutto quando si usano immagini e materiale stimolo è fondamentale avere dei discenti pronti e preparati.

Possiamo quindi suddividere l'arco di vita di chi riceve un'educazione affettiva e sessuale in diverse fasi tenendo conto pure delle differenze in-

dividuali, che possono alterare e distorcere anche gli insegnamenti scientifici più accurati. Sarebbe comunque assurdo non impartire alcun elemento di educazione affettiva e sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza, così come nell'anzianità; è come se si vietasse di fare educazione alimentare perché non si può ancora (o non si può più) andare a fare la spesa e cucinare autonomamente.

L'esempio del paziente Saccottino. Integrazioni di psicoeducazione sessuale per un cinquantenne in terapia (a cura di I. De Marco & C. Iuliano)

Il paziente chiamato sig. Saccottino rappresenta un esempio di come l'educazione sessuale possa integrarsi efficacemente all'interno di un percorso psicologico volto al raggiungimento del maggior livello di benessere globale, anche in un uomo adulto. Si tratta di un uomo di circa cinquant'anni, laureato in farmacia, separato da un paio d'anni, in attesa di divorzio al momento dell'invio. Il paziente giunge all'osservazione su segnalazione di una collega psicologa che lavora presso un'équipe di un centro clinico che si occupa di disturbi della condotta alimentare (DCA). Durante il percorso svolto presso tale centro, il paziente ha ottenuto una significativa riduzione ponderale (da 115 kg a 85 kg), raggiungendo un peso congruo alla sua altezza (circa 1,95 m).

Il signor Saccottino è nato a Torino, la madre è originaria del sud Italia, mentre il padre era piemontese. La morte improvvisa del padre, avvenuta per un incidente sul lavoro quando il paziente aveva nove anni, ha rappresentato un evento traumatico significativo. Il paziente riferisce pochi ricordi del periodo precedente al lutto, cui ha fatto seguito un progressivo distacco emotivo dalla famiglia paterna. La famiglia materna viene invece descritta come fisicamente e affettivamente distante. La madre, verosimilmente colpita da una reazione depressiva al lutto, avrebbe manifestato un aumento significativo di peso e una ridotta cura di sé. Parallelamente, anche il signor Saccottino iniziò progressivamente ad aumentare di peso dopo la morte del padre. Tale cambiamento corporeo ha contribuito all'emergere di sentimenti di imbarazzo e vergogna, in particolare negli spogliatoi della squadra di calcio che frequentava, fino alla decisione di interrompere l'attività sportiva.

Durante l'adolescenza, il paziente Saccottino riferisce un ampio uso di pornografia come principale modalità di esplorazione del mondo sessuale e per eccitarsi durante la masturbazione. Sul piano relazionale, descrive un progressivo ritiro dalla competizione affettivo-sessuale, con un investimento

prevalente nello studio. Dopo la laurea in Farmacia, si sposa con una donna sudamericana, vedova e dichiaratamente disinteressata alla sessualità. Dopo una quindicina d'anni, su suggerimento di un collega che diventa anche il suo migliore amico, intraprende il percorso terapeutico specifico per i disturbi della condotta alimentare e avvia la separazione legale. Conseguita la separazione e raggiunto il peso forma, gli viene suggerito dalla psicologa di iniziare un percorso psicosessuale.

Nella fase di assessment, lamenta un marcato intorpidimento affettivo e sessuale. Egli stesso ipotizza una distimia e/o un disturbo post-traumatico da stress, per cui riferisce di aver fatto uso in passato di farmaci e fitofarmaci su suggerimento di medici specialisti. Al momento dell'avvio del percorso risulta libero da trattamenti farmacologici.

Vengono quindi condivisi i seguenti obiettivi terapeutici:

- mantenimento di un equilibrio nel peso (e nell'alimentazione);
- apertura emotiva nelle relazioni amicali e sentimentali;
- sviluppo di una sessualità soddisfacente;
- elaborazione di eventuali esperienze traumatiche (obiettivo proposto dal terapeuta);
- esplorazione delle vocazioni e della direzione autopoietica (obiettivo proposto dal terapeuta).

Il paziente Saccottino aveva già sperimentato, prima del percorso sul DCA al centro clinico, una terapia comportamentale e l'EMDR. Si propone quindi un intervento cognitivista e sessuologico assegnando come primo compito a casa la compilazione della *relationship map*.

Durante i primi colloqui il paziente racconta di mantenere contatti frequenti con l'ex moglie, vissuti tuttavia con sofferenza emotiva e sentimenti di colpa. Sul piano alimentare, durante il giorno assume esclusivamente cappuccini, caffè e saccottini (brioche di pasta sfoglia al cioccolato, altrimenti definite: *pain au chocolat*), regolando l'assunzione in base al senso di fame, mentre la sera si concede una cena sana ed equilibrata seguendo le indicazioni apprese al centro clinico.

Dalla raccolta della storia di vita emerge che le uniche esperienze sessuali del paziente sono avvenute con prostitute. Gli incontri amicali sono sporadici per lo più con colleghi ed ex compagni di liceo, mentre le relazioni familiari vengono descritte come occasionali e vissute come "tossiche", in quanto caratterizzate da richieste strumentali di favori professionali o sostegno economico, a fronte di una scarsa reciprocità affettiva. Il paziente ha ripreso l'attività sportiva, prediligendo discipline individuali e "incapsulate" (nuo-

to libero, sci nordico, jogging), che tuttavia riferisce come noiose e faticose. Emerge una marcata difficoltà nel riconoscere e accedere a esperienze rigenerative positive, in particolare in ambito sociale.

Nella fase iniziale, il percorso si focalizza prevalentemente sul presente, con la richiesta di compilare dei CESPRA relativi agli episodi affettivi e sessuali che considera maggiormente significativi. Viene fortemente sconsigliata la frequentazione di prostitute e l'uso della pornografia. Nei colloqui psicologici il terapeuta concede brevi e parziali *self-disclosure* funzionali al rafforzamento dell'alleanza terapeutica (per esempio in merito alla passione comune per la motocicletta). Parallelamente, viene avviato un lavoro psicoeducativo sulla conoscenza del proprio corpo e del proprio piacere, accompagnato da un'esplorazione artistica, culturale e sociale, alla ricerca di esperienze soddisfacenti e appaganti. Tra le esplorazioni che vengono maggiormente apprezzate c'è l'immersione nella natura (*forest bathing*) svolta in piccoli gruppi. Si procede quindi alla ricostruzione della storia affettiva e al riconoscimento dei campi d'interesse con risvolti sociali.

Degno di nota è il suo piacere nel partecipare al raduno annuale dei Babbi Natale in moto, a scopo di beneficenza, presso un grande ospedale pediatrico di Torino. Inizia quindi un corteggiamento – condiviso e analizzato passo dopo passo nello studio di psicoterapia nei confronti della sua “zavorrina”, ovvero la giovane donna che spesso porta con sé in moto agli eventi. Vengono analizzate le sue espressioni emotive all'interno dei gruppi sociali, confrontandole con le modalità relazionali del passato. Si avvia quindi un lavoro di potenziamento metacognitivo e l'analisi del nascente legame sentimentale attraverso il pentagono relazionale SFIDE (Sesso, Forma, Intenzione, Direzione ed Esperienza). Durante una vacanza lunga, il paziente scrive, come compito a casa, la sua autocaratterizzazione prendendo consapevolezza dei cambiamenti intervenuti nella sua vita, e nel modo di percepirla.

Nelle sedute si procede a una co-costruzione di nuovi significati, soprattutto per quanto riguarda la sfera intima della relazione con la sua nuova compagna (la “zavorrina”). In questa fase risultano frequenti gli interventi di psicoeducazione affettiva e sessuale con continui riferimenti al pentagono relazionale SFIDE. Viene condiviso il riconoscimento della complessità del sé, evidenziando le differenti modalità di relazione che il paziente sperimenta nella nuova coppia, nel rapporto con la ex moglie (da cui ha nel frattempo divorziato), con la madre e con tutti gli altri. Un'attenzione particolare è dedicata all'implementazione dell'alfabetizzazione emotiva seguita dall'esplorazione del piacere sessuale individuale, della partner e della coppia. In diversi momenti del percorso è stato proposto il divieto della masturbazione, l'esplorazione di un nuovo immaginario erotico (sganciato dalla pornogra-

fia). Si è quindi lavorato sull'autobiografia con l'uso delle fotografie e l'applicazione della Moviola di Guidano (1991) integrata con successive elaborazioni (De Marco & Zanotti, 2007) sui traumi psichici e le ferite affettive. Si è quindi promosso il completamento dell'elaborazione del lutto del padre (con lettera, dialogo interno, ecc.).

Nella fase conclusiva, il percorso si concentra maggiormente sul riconoscimento dei processi autopoietici e delle direzioni generative personali, con un ampio utilizzo dei sogni notturni, sogni a occhi aperti, sogni di coppia. Si è potuta osservare quindi un'apertura alla dimensione genitoriale, accompagnata da una piena assunzione del ruolo di amante e di persona amata sia su un piano sentimentale che sessuale. La chiusura del percorso è stata guidata da una rilettura sintetica delle principali tappe affrontate, con il riconoscimento della nuova rete affettiva, del suo stile DAP e del canale autopoietico centrato sull'esperienza di sentirsi visto e amabile. Progressivamente è stato concordato un diradamento delle sedute.

Infine, si condivide una previsione sulle future sfide di vita e i cambiamenti positivi già sostenuti, accompagnata da un check finale delle risorse disponibili, sia interne che relazionali.

Bibliografia

- Barriuso-Ortega S., Fernández-Hawrylak M. & Heras-Sevilla D. (2024). Sex education in adolescence: A systematic review of programmes and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 166: 107926. DOI: 10.1016/j.childyouth.2024.107926.
- Cavallo F. (a cura di) (2025). *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, genere e orientamento*. Roma: Carocci.
- Chinelli A., Salfa M.C., Cellini A., Ceccarelli L., Farinella M., Rancilio L., Galipò R., Meli P., Camposeragna A., Colaprico L., Oldrini M., Ubbiali M., Canaglia A., Martinelli D., Mortari L., Palamara B., Suligoi B. & Tavoschi L. (2022). Sexuality education in Italy 2016-2020: a national survey investigating coverage, content and evaluation of school-based educational activities. *Sex Education*, 23(6): 756-768. DOI: 10.1080/14681811.2022.2134104.
- Colonna A. & De Marco I. (2022). Sostenere il benessere con il contributo della generatività e della salute sessuale. Studio transdisciplinare per un benessere generativo. *Rifrazioni*, 35-47.
- Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote), firmata a Lanzarote il 25 ottobre 2007, ratificata in Italia con la legge n. 172 del 1° ottobre 2012.
- Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa, per la prevenzione della violenza di genere e violenza domestica, firmata nel 2011, ratificata in Italia con la legge n. 77/2013.
- Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo. New York, 20 novembre 1989 ratificata in Italia con la legge n. 176 del 27 maggio 1991.
- Crittenden P. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- De Marco I. (2017). *Amore, sesso e percorsi di vita*. Padova: Libreria Universitaria.
- De Marco I. & Zanotti P. (2007). Costruttivismo e oncologia: una modalità di supervisione all'équipe sanitaria. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 20, 104-112.
- European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women's health (2020/2215(INI)). (2022). Gazzetta Ufficiale, C 81, 43-62. CELEX. eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021IP0314.
- Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In: Musatti C.L. (a cura di) (1989), *Opere*, vol. 4: *Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti (1900-1905)*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V. (1991). *The Self in Process. Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.
- Istituto Superiore di Sanità (2019). *Progetto Studio Nazionale Fertilità*.
- Istituto Superiore di Sanità (2021). IST e salute sessuale: attività educative nelle scuole. *Notiziario ISS*, 34: 6.
- Istituto Superiore di Sanità. (2023). *Educazione alla sessualità nelle scuole: implementazione e valutazione*, Roma. (Rapporti ISTISAN 23/22). www.iss.it/-/rapporto-istisan-23/22-educare-alla-sessualita-nelle-scuole-italiane-l-esperienza-di-un-progetto-tra-analisi-dell-evidenza-implementazione-e-valutazione-a-cura-di-barbara-suligoi-maria-cristina-salfa-alice-chinelli-lara-tavoschi.
- Iuliano C. (2025). *Sessualità: corpo, relazione e trauma*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Johnson S. (2014). *Love sense*. Sassari: ISC.
- Kim E.J., Park B., Kim S.K., Park M.J., Lee J.Y., Jo A.R., Kim M.J. & Shin H.N. (2023). A Meta-Analysis of the Effects of Comprehensive Sexuality Education Programs on Children and Adolescents. *Healthcare*, 11(18): 2511. DOI: 10.3390/healthcare11182511.
- Kohler P.K., Manhart L.E. & Lafferty W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4): 344-51 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.026.
- McKay E.A., Placencio-Castro M., Fu M. & Fontenot H.B. (2021). Associations Between Sex Education Types and Sexual Behaviors Among Female Adolescents. *Sexuality Research and Social Policy*, 19: 922-935. DOI: 10.1007/s13178-021-00664-w.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Linee Guida Nazionali (art. 1 comma 16 L. 107/2015). *Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione*. www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+guida+Comma16+finale.pdf/.
- Onor L., Pasquini M. & Camusso V. (2005). Apprendimento ed emozioni: la verifica di un progetto di educazione sessuale per le scuole primarie. In: *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2. Trento: Erickson.
- Ross M.P. (2013). *Parliamo di sesso*. Milano: Piemme.
- Save the Children (2025). *L'educazione affettiva e sessuale in adolescenza: a che punto siamo?* www.savethechildren.it/public/allegati/leducazione-affettiva-e-sessuale-adolescenza-che-punto-siamo.pdf.
- Shepherd L.M., Sly K.F. & Girard J.M. (2017). Comparison of comprehensive and abstinence-only sexuality education in young African American adolescents. *Journal of Adolescence*, 61: 50-63. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.09.006.

- UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Paris: UNESCO.
- Veglia F. (2005). *Manuale di educazione sessuale*, voll. 1-2. Trento: Erickson.
- Veglia F., De Marco I. & Robasto C. (2005). Il SEA (Sex Education & Attachment) di F. Veglia: uno strumento per l'osservazione delle emozioni, degli atteggiamenti e dell'apprendimento durante l'educazione sessuale nelle scuole dell'infanzia e primarie. In: Veglia F., *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2: *Interventi e percorsi secondo il Metodo Narrativo*. Trento: Erickson.
- Veglia F., Ortalda F., De Marco I. & Borla G. (2005). Il SOQ (Sex Outcome Questionnaire) di F. Veglia: un questionario per la valutazione degli atteggiamenti, dell'apprendimento e degli esiti formativi di programmi di educazione sessuale nelle scuole secondarie. In: Veglia F., *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2: *Interventi e percorsi secondo il Metodo Narrativo*. Trento: Erickson.
- WHO Regional Office for Europe & BZgA (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: BZgA.
- Zamponi V., Mazzilli R., Nimbi F.M., Ciocca G., French D., Limoncin E. & Faggiano A. (2024). Sexual and reproductive health: level of knowledge and source of information in adolescence. *The Journal of Sexual Medicine*, 21(10): 872-877. DOI: 10.1093/jsxmed/qdae094.