

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”

Claudiana Polo Universitario delle Professioni Sanitarie Universitäres
Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe Claudiana

**CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
LAUREATSSTUDIENGANG FÜR HEBAMME**

TESI DI LAUREA DIPLOMARBEIT

**Educazione Socio Affettiva e Sessuale Inclusiva per la Comunità LGBTQIA+: il
ruolo dell’ostetrica**

**Inklusive sozio-affektive und sexuelle Bildung für die LGBTQIA+-
Gemeinschaft: die Rolle der Hebammen**

Relatore/ErstbetreuerIn:

Prof.ssa Comper Chiara

Correlatore/Zweitbetreuer:

Prof. Mirco Rizzi

Laureando/VerfasserIn der Diplomarbeit

Martina Heuschreck

Anno Accademico / Akademisches Jahr 2024/2025

Indice

Abstract.....	5
Nota sul linguaggio.....	8
1. Quadro teorico e definizioni.....	10
1.1.1 Il concetto di salute	10
1.1.2 Definizioni.....	11
1.1.3 Il ruolo dei professionisti sanitari	11
1.2 Contesto e quadro normativo	12
1.3 Revisione della letteratura.....	14
2. Contesto italiano.....	21
2.1 Evoluzione storica dei tentativi di introdurre l'educazione sessuale in Italia	21
2.2 Programma “Scuola promotrice di salute” della Provincia Autonoma di Bolzano	24
2.3 Educazione, inclusione e cittadinanza nel PNRR.....	27
3. Modelli internazionali.....	29
3.1 Il modello tedesco di educazione sessuale inclusiva	29
3.2 Esperienze di educazione sessuale inclusiva nei Paesi nordici ed europei	31
3.3 I Paesi Bassi	32
4. Indagine conoscitiva sul percepito dei giovani e professionisti rispetto all'educazione socioaffettiva e sessuale	36
4.1 Quesito di ricerca	36
4.2 Disegno di studio	36
4.3 Obiettivo dello studio	37
4.4 Materiali e metodi	37
4.4.1 Teoria di riferimento	37
4.4.2 Campionamento	38
4.4.3 Strumento di rilevazione e raccolta dati	38
4.5 Analisi dei dati.....	39
4.6 Risultati.....	40
4.6.1 Questionario giovani adulti e adulti	40
4.6.2 Questionario professionisti sanitari.....	43
4.7 Discussione.....	46
4.8 Limiti dello studio	46
4.9 Importanza per la pratica clinica	47
4.10 Conclusioni dello studio.....	48
5. Proposta formativa	49

5.1 Il ruolo dell'ostetrica.....	49
5.2 Proposte	50
Conclusioni	51
Bibliografia	53
ALLEGATO 1.....	56
ALLEGATO 2.....	64

Abstract

Problema

L'attuale educazione sessuale scolastica in Italia mantiene un'impostazione prevalentemente eteronormativa e biologicista, che tende a escludere le esperienze e i bisogni della comunità LGBTQIA+. Questa lacuna informativa può comportare conseguenze concrete, come una minore prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, confusione identitaria e sentimenti di esclusione. L'assenza di rappresentazione rafforza inoltre la convinzione che alcune identità non siano legittime. In questo contesto, la figura dell'ostetrica, grazie alle sue competenze specifiche in salute sessuale, può offrire un contributo rilevante nella costruzione di percorsi educativi più inclusivi e rispettosi delle diversità.

Obiettivo

La tesi offre una panoramica sull'educazione sessuale attualmente svolta in Italia, analizzando la carenza di un approccio inclusivo nei confronti della comunità LGBTQIA+. Attraverso il confronto con modelli esteri, individua strategie e buone pratiche trasferibili al contesto nazionale, con l'obiettivo di promuovere percorsi educativi più equi, rappresentativi e basati sull'evidenza scientifica.

Materiali e metodi

È stato adottato un disegno osservazionale, descrittivo e trasversale, basato su due questionari strutturati rivolti a persone di età compresa tra 14 e 35 anni e a professionisti sanitari. L'indagine empirica è stata integrata con una revisione della letteratura scientifica condotta tramite PubMed.

Risultati

Dai questionari emerge una visione comune: l'educazione sessuale risulta frammentata, poco inclusiva e ancora centrata su aspetti biologici. Tra i giovani adulti e adulti, oltre il 60% riferisce di non aver mai affrontato temi legati a identità di genere o orientamento sessuale durante la formazione scolastica. Le professioniste sanitarie, in particolare le ostetriche, riconoscono la necessità di una formazione più specifica sulle diversità di genere e di un maggiore riconoscimento istituzionale del proprio

ruolo educativo. In parallelo, il confronto con i modelli europei di CSE, come Germania e Paesi Bassi, evidenzia che laddove la CSE è integrata nelle politiche pubbliche, si osservano un miglioramento delle conoscenze, una riduzione delle gravidanze precoci e delle infezioni sessualmente trasmissibili, oltre a un maggiore benessere psicosociale e a una diminuzione di discriminazioni e bullismo verso le minoranze sessuali e di genere. Nel complesso, i dati confermano l'urgenza di un approccio strutturato e inclusivo anche nel contesto italiano.

Parole chiave

Italiano: Educazione sessuale completa, identità di genere, LGBT, politiche scolastiche, orientamento sessuale, Italia, educazione scolastica, salute sessuale, pratiche scolastiche inclusive, salute mentale, minoranze sessuali, minoranze di genere.

Inglese: Comprehensive Sexuality Education, Gender identity, LGBT, School policies, Sexual orientation, Italy, School-based education, Sexual health, Inclusive School practices, Mental health, Sexual minority, Gender minority.

Introduzione

L’educazione sessuale e socioaffettiva rappresenta un pilastro fondamentale per la promozione della salute pubblica, la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) e delle gravidanze indesiderate, nonché per la costruzione di relazioni rispettose e paritarie. Numerose evidenze internazionali dimostrano che programmi di educazione sessuale inclusivi contribuiscono a ridurre i comportamenti a rischio, migliorano le competenze comunicative e affettive degli adolescenti e favoriscono un clima scolastico più inclusivo e sicuro (UNESCO, 2018; WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010). L’educazione alla sessualità non è dunque soltanto una questione di conoscenze biologiche, ma riguarda la formazione integrale della persona, in una prospettiva di diritti umani, uguaglianza di genere e inclusione sociale.

In Italia, tuttavia, questo percorso appare ancora disomogeneo e incompleto. Il nostro Paese è infatti uno dei pochi in Europa a non aver introdotto una legge nazionale che renda obbligatoria l’educazione sessuale a scuola. Le attività esistenti dipendono spesso dall’iniziativa di enti locali, associazioni o singoli progetti finanziati, con forti disparità territoriali e una prevalente attenzione agli aspetti biomedici e alla prevenzione di HIV e altre IST (Ministero della Salute, n.d.; Chinelli et al., 2023). La ricerca nazionale EduForIST ha evidenziato che, quando le attività vengono strutturate in percorsi multipli e integrati nella didattica, esse risultano ben accolte da studenti, docenti e famiglie, oltre a produrre un aumento significativo delle conoscenze e delle competenze relazionali (Ministero della Salute, n.d.). Resta però la mancanza di uniformità e continuità a livello nazionale, che si traduce in una significativa disuguaglianza di opportunità educative.

A livello internazionale, gli *Standard europei per l’educazione sessuale* (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010) e le *Linee guida tecniche internazionali* dell’UNESCO (2018) raccomandano un approccio comprensivo, cioè un processo educativo basato su un curriculum che integri gli aspetti cognitivi, emotivi, fisici e sociali della sessualità. Tale approccio mira a fornire ai bambini e ai giovani conoscenze, abilità, atteggiamenti e valori che consentano loro di realizzare la propria salute, il benessere e la dignità; sviluppare relazioni sociali e sessuali rispettose; comprendere l’impatto delle proprie scelte sul benessere personale e altrui; e garantire

la protezione dei propri diritti nel corso della vita (*Comprehensive Sexuality Education*, CSE). Questo modello va oltre la semplice prevenzione delle conseguenze indesiderate, includendo temi come il consenso, la parità di genere, l'uso consapevole dei media digitali e il riconoscimento delle diversità sessuali e di genere. Le esperienze di Paesi europei, come la Germania e la Svezia, mostrano che l'adozione sistematica della CSE si associa a migliori outcomes di salute sessuale, a minori tassi di gravidanze adolescenziali e a un ambiente scolastico più equo e inclusivo (BZgA & IPPF EN, 2018; Skolverket, 2024). Gli Standard europei per l'educazione sessuale (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010) e le Linee guida internazionali dell'UNESCO (2018) raccomandano infatti un approccio comprensivo e inclusivo, da avviare già nella scuola primaria e da sviluppare progressivamente lungo l'intero percorso scolastico. Infatti, rispetto all'Italia, in cui né viene adottato un quadro normativo nazionale, né l'educazione sessuale viene affrontata in modo inclusivo, vi sono Paesi che hanno implementato la CSE, come Germania, Svezia e Paesi Bassi.

L'obiettivo di questo lavoro non è soltanto descrivere la situazione italiana ed estera, ma anche individuare modelli trasferibili di CSE inclusiva e valutare in che modo l'ostetrica possa assumere un ruolo operativo nei contesti scolastici. In questo senso, la ricerca intende proporre prospettive concrete di miglioramento e non solo fornire un confronto teorico.

Nota sul linguaggio

Nel presente elaborato si è scelto di non utilizzare la schwa (ə), in quanto non ancora standardizzata e di difficile leggibilità in un contesto accademico. Per garantire inclusività si prediligono invece espressioni collettive o neutre (ad esempio “personale ostetrico”, “popolazione studentesca”), evitando l'uso sistematico del doppio genere.

Laddove compaiono forme grammaticali al maschile o al femminile, esse sono da intendersi come inclusive e riferite a tutte le identità di genere. Unica eccezione è rappresentata dai questionari rivolti alla fascia di età 14–35 anni, nei quali è stata introdotta la schwa in un contesto meno formale, accompagnata da nota esplicativa, per favorire il riconoscimento da parte dei partecipanti.

L'UNESCO (2017) riconosce che il linguaggio equo e rispettoso è uno strumento fondamentale per promuovere ambienti educativi inclusivi, capaci di valorizzare la diversità e contrastare forme di discriminazione linguistica. L'adozione di espressioni neutre e collettive in questo elaborato si colloca dunque in continuità con le raccomandazioni internazionali, con l'obiettivo di garantire leggibilità e, al tempo stesso, rispetto delle differenze.

1. Quadro teorico e definizioni

1.1.1 Il concetto di salute

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute non è solo l'assenza di malattia o infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Questo concetto di salute abbraccia quindi una visione globale, che tiene conto del benessere totale della persona in tutte le sue dimensioni (OMS, 1948). L'approccio dell'OMS si riflette nella necessità di garantire un accesso equo alle risorse sanitarie e di promuovere un'educazione che valorizzi l'inclusività, eliminando le barriere che potrebbero limitare il benessere delle persone. Inoltre, la Carta di Ottawa (1986) definisce la salute come un processo che consente alle persone di acquisire maggiore controllo su tutti gli aspetti della vita e migliorare la propria salute. La promozione della salute, in questo contesto, non riguarda solo la prevenzione delle malattie, ma l'abilitazione delle persone a fare scelte informate per il proprio benessere (OMS, 1986). Negli ultimi decenni, il concetto di salute sessuale è stato ulteriormente sviluppato, assumendo una valenza esplicita di diritto umano fondamentale, come riconosciuto nei documenti internazionali che la collegano ai principi di dignità, libertà e uguaglianza (IPPF, 2008; WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010). L'International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2008) ha definito la salute sessuale come una componente essenziale del benessere generale, basata su diritti quali la libertà, la dignità e l'uguaglianza. Questa prospettiva è ripresa dall'OMS, che nel documento *Standards for Sexuality Education in Europe* (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010) sottolinea la necessità di garantire a tutti i bambini e adolescenti un accesso equo e precoce a percorsi di educazione sessuale, considerati parte integrante della tutela della salute. In questo senso, la sessualità assume un ruolo primario, come parte strutturale dello sviluppo umano. In un mondo in cui le persone sono consapevoli del ruolo che riveste la sessualità, si potrà avere maggiore controllo su di essa, rendendo più semplice individuare problemi fisici o psicologici legati a questo aspetto, col fine di migliorare la propria salute, proprio come sottolineato nella carta di Ottawa. La conoscenza si individua infatti come precursore del benessere.

1.1.2 Definizioni

L'inclusività, in un contesto generale, è definita come un processo che permette di superare le barriere che limitano la partecipazione e il successo di tutti, senza discriminazioni. Questo principio si applica in vari ambiti, tra cui quello educativo, sociale e sanitario (UNESCO, 2017). L'inclusione si concentra sull'accesso equo alle opportunità, sul rispetto delle differenze individuali e sulla promozione di una partecipazione attiva e consapevole di tutte le persone. Nel contesto educativo, l'UNESCO definisce l'inclusione come "un processo che aiuta a superare le barriere che limitano la presenza, la partecipazione e il successo degli studenti" (UNESCO, 2017, p. 7). Un sistema educativo inclusivo, quindi, non solo accoglie e supporta studenti di tutte le provenienze, identità e orientamenti, ma adatta le proprie metodologie e contenuti per garantire che tutti possano accedere a un'istruzione di qualità.

Il termine *LGBTQIA+* è utilizzato per indicare in forma sintetica l'insieme delle minoranze sessuali e di genere, comprendendo tutte le persone che, per orientamento sessuale, identità e/o espressione di genere o caratteristiche anatomiche, non aderiscono agli standard del binarismo cisessuale e dell'eterosessualità. L'acronimo include, tra le altre, persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, intersessuali, asessuali, e il simbolo “+” per segnalare la presenza di ulteriori identità ed espressioni di genere e sessualità, come ad esempio persone non-binarie, pansessuali o gender fluid (Bernini, 2021). L'uso di questa sigla mira a rappresentare la pluralità delle soggettività che compongono tali comunità, evitando che alcune identità ottengano un'eccessiva visibilità a discapito di altre.

1.1.3 Il ruolo dei professionisti sanitari

Il quadro teorico delineato dall'OMS e dall'UNESCO evidenzia l'importanza di includere figure professionali sanitarie all'interno dei percorsi di educazione sessuale e affettiva. In particolare, l'ostetrica rappresenta un profilo unico: combina competenze cliniche e preventive, ponendosi come ponte tra scuola, servizi sanitari e famiglie. Il suo contributo può favorire un approccio non solo biomedico ma anche

relazionale e inclusivo, in linea con i principi della Comprehensive Sexuality Education (CSE). Introdurre questa figura consente di valorizzarne il potenziale educativo e di considerarla una figura chiave nei programmi di promozione della salute.

1.2 Contesto e quadro normativo

Secondo il report comparativo *Sexuality education in Europe and Central Asia* (BZgA & IPPF EN, 2018), l'Italia risulta tra i Paesi in cui l'educazione sessuale non è regolamentata da una legge nazionale e viene proposta in modo frammentario, a discrezione delle Regioni o di singoli istituti. Le attività che si svolgono nelle scuole sono spesso affidate a enti locali, associazioni o progetti finanziati di volta in volta, generando forti disuguaglianze territoriali. Inoltre, i contenuti sono prevalentemente limitati alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) e alla salute riproduttiva, senza un approccio realmente comprensivo e inclusivo (Ministero della Salute, n.d.; Chinelli et al., 2023). Questa caratteristica accomuna l'Italia ad altri Paesi dell'area mediterranea ed est-europea. Al contrario, nei Paesi dell'Europa settentrionale e occidentale la Comprehensive Sexuality Education (CSE) è obbligatoria, strutturata su base nazionale e integrata nei curricoli scolastici sin dalla scuola primaria. Progetti come EduForIST, hanno dimostrato che quando l'educazione sessuale viene proposta nel curriculum scolastico essa è ben accolta da studenti, famiglie e docenti, con un aumento significativo delle conoscenze e delle competenze relazionali (Ministero della Salute, n.d.).

A livello internazionale, i principali riferimenti sono gli Standard per l'educazione sessuale in Europa (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010) e la Guida tecnica internazionale sull'educazione sessuale dell'UNESCO (2018). Entrambi i documenti sottolineano la necessità di un approccio comprensivo (Comprehensive Sexuality Education, CSE), progressivo e adeguato all'età, che accompagni i ragazzi lungo tutto il percorso di crescita. La CSE non si limita a prevenire gravidanze o IST, ma affronta anche consenso, diversità sessuali e di genere, uguaglianza, uso critico dei media e promozione del benessere psicosociale.

Dove questo modello è stato implementato, come in Germania o nei Paesi nordici, i dati mostrano una riduzione delle gravidanze adolescenziali, un uso più diffuso e corretto dei contraccettivi e un clima scolastico più inclusivo (BZgA & IPPF EN, 2018; Skolverket, 2024).

Per comprendere appieno la portata innovativa della Comprehensive Sexuality Education (CSE), è utile confrontarla con i modelli tradizionali di educazione sessuale. La tabella seguente sintetizza le principali differenze tra i due approcci.

Tabella 1. Educazione sessuale tradizionale vs Comprehensive Sexuality Education (CSE)

	Educazione sessuale tradizionale	Comprehensive Sexuality Education (CSE)
Obiettivi principali	Prevenzione di gravidanze indesiderate e IST; trasmissione di nozioni biologiche.	Promozione della salute e del benessere globale; sviluppo di competenze relazionali, emotive e sociali.
Temi trattati	Anatomia, riproduzione, contraccezione, rischi sanitari.	Relazioni affettive, consenso, emozioni, diversità sessuali e di genere, parità, diritti umani, alfabetizzazione mediatica, oltre ad anatomia, riproduzione, contraccezione, rischi sanitari.
Approccio metodologico e frequenza	Lezioni frontali e lavori di gruppo. Incontri occasionali, con numero a discrezione delle scuole.	Curricolo obbligatorio, progressivo e continuativo, con metodologie interattive, peer education e lavoro di rete.
Target di età	Generalmente nella scuola primaria e secondaria di primo grado.	Dalla scuola primaria (con linguaggio e contenuti adeguati all'età), fino alla maggiore età.

Inclusione	Visione eteronormativa, scarsa o nulla attenzione a LGBTQIA+ e diversità.	Inclusione esplicita di tutte le identità, orientamenti e famiglie; contrasto a stereotipi e discriminazioni.
Ruolo dei professionisti	Interventi sporadici di esperti esterni.	Coinvolgimento stabile di insegnanti formati, professionisti sanitari (ostetriche, medici, psicologi) e associazioni.
Valutazione	Pochi strumenti di monitoraggio, spesso non sistematici.	Programmi periodicamente valutati e aggiornati, basati su evidenze scientifiche e standard internazionali.

Come evidenziato, la CSE adotta un approccio integrato che abbraccia salute, diritti, relazioni e inclusione. Questo modello è quello raccomandato da OMS (2010) e UNESCO (2018), e rappresenta la base teorica su cui si colloca la presente ricerca.

1.3 Revisione della letteratura

La ricerca bibliografica è stata condotta nella banca dati biomedica MEDLINE/PubMed, utilizzando il metodo P.I.C.O.:

- Population (P): giovani adulti e adulti di età compresa tra 14 e 35 anni, insieme a professionisti e studenti dell'area ostetrica coinvolti o interessati ai programmi di educazione socioaffettiva e sessuale.
- Intervention (I): programmi di educazione sessuale inclusiva (Comprehensive Sexuality Education – CSE), politiche formative che promuovono il rispetto delle diversità di genere, di orientamento e di identità, e l'integrazione di figure sanitarie nei percorsi educativi.
- Comparison (C): assenza di educazione sessuale inclusiva o programmi tradizionali basati su approcci eteronormativi e biologici.

- Outcome (O): percezioni e vissuti relativi alla qualità, inclusività e rappresentazione dei contenuti educativi; impatti sul benessere psicosessuale, sulla conoscenza dei temi LGBTQIA+ e sulla riduzione di stigma e discriminazioni.

La strategia di ricerca si è basata su termini MeSH e parole chiave combinate mediante operatori booleani “AND” e “OR”. Sono state utilizzate le seguenti keywords: “*Comprehensive Sexuality Education*”, “*Gender identity*”, “*LGBT*”, “*School policies*”, “*Sexual orientation*”, “*Italy*”, “*School-based education*”, “*Sexual health*”, “*inclusive school practices*”, “*mental health*”, “*sexual minority*”, “*gender minority*”.

Dalla ricerca sono emersi numerosi articoli; applicando i criteri di selezione (ultimi 5 anni, full-text disponibile) sono stati selezionati 4 articoli considerati maggiormente pertinenti e inclusi nella tabella seguente.

BD	Parole chiave	N. articoli rilevati	N. articoli selezionati	Articoli con citazioni	PDF
PubMed	“Comprehensive Sexuality Education”	34	1	Albert Sekhar M, Edward S, Grace A, Priscilla SE, G S. Understanding Comprehensive Sexuality Education: A Worldwide Narrative Review. Cureus. 2024 Nov 29;16(11):e74788. doi: 10.7759/cureus.74788. PMID: 39737310; PMCID: PMC11683015.	 Understanding Comprehensive Sexuality Education
PubMed	“ Gender identity; LGBTI; School policies; Sexual orientation ”	3	1	Ioverno S. Inclusive National Educational Policies as Protective Factors for LGBTI Youth Adjustment: An European Cross-National Study. J Adolesc Health. 2023 Jun;72(6):845-851. doi: 10.1016/j.jadohealth.2023.01.013. Epub 2023 Mar 3. PMID: 36872119.	 Inclusive National Educational Policies as Protective Factors for LGBTI Youth Adjustment: An European Cross-National Study
PubMed	„ Italy; School-based education; Sexual health“	2	1	Chinelli A, Ubbiali M, Paparatto G, Torri E, Musco A, Galipò R, Meli P, Bellini S, Catucci N, Colaprico L, Camposeragna A, Farinella M, Rancilio L, Landi N, Stettini P, Salfa MC, Cellini A, Suligoi B, Palamara AT, Mortari L, Caraglia A, Martinelli D, Tavoschi L. Introducing comprehensive sexuality education in Italian schools: from the co-	 Introducing comprehensive sexuality education in Italian schools: from the co-

				construction to the evaluation of a pilot intervention. BMC Public Health. 2024 Aug 2;24(1):2089. doi: 10.1186/s12889-024-19610-7. PMID: 39095763; PMCID: PMC11295894.	
PubMed	“ inclusive school practices” AND “mental health” AND “sexual minority” OR gender minority”	42	1	Ioverno S, Sherwood SH, Costa S, Van Houtte M, Dewaele A, O'Higgins Norman J, Gato J, Mazzone A, Pezzella A, Huic A, Šolinc M, Richard G, Papathanasiou N, Aparicio-García ME, Wilhelm W, Russell ST. Linking inclusive school practices and mental health in sexual and gender minority youth in Europe. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2025 May 2. doi: 10.1007/s00787-025-02733-6. Epub ahead of print. PMID: 40314828.	 Linking inclusive school practices and i

Titolo Autore/i, Anno pubblicazione	Obiettivo	Campione	Intervento	Outcome
<i>Understanding Comprehensive Sexuality Education: A Worldwide Narrative Review</i> – Sekhar M.A., Edward S., Grace A., Priscilla S.E., Sushmitha G., 2024	Fornire una revisione narrativa narrativa globale sulla Comprehesive Sexuality Education (CSE), descrivendone definizione, contenuti, benefici, criticità e stato di implementazione a livello internazionale.	Revisione narrativa internazionale che ha analizzato letteratura scientifica e documenti istituzionali (OMS, UNESCO, UNFPA, ecc.).	Revisione narrativa di articoli, linee guida e policy papers sui programmi di CSE, con analisi comparativa tra aree geografiche (Europa, Nord America, Asia-Pacifico).	La CSE riduce gravidanze indesiderate, aborti non sicuri, infezioni sessualmente trasmesse, violenza e disuguaglianze; migliora conoscenze, uso di contraccuzione, rispetto per la diversità e inclusione (anche LGBTQIA+). Raccomandata come intervento essenziale di sanità pubblica.
<i>Inclusive National Educational Policies as Protective Factors for LGBTI Youth Adjustment: A European Cross-National Study</i> – Ioverno S., 2023	Valutare se la presenza di politiche educative nazionali inclusive è associata a un migliore adattamento, maggiore soddisfazione scolastica e minori episodi di	66.851 giovani LGBTI (15–24 anni) provenienti da 30 paesi europei, partecipanti al sondaggio EU-LGBTI II (2019).	Analisi dei dati individuali del sondaggio combinati con dati nazionali sulle politiche inclusive (leggi anti-discriminazione, curricula inclusivi, formazione insegnanti,	Le politiche inclusive sono associate a maggiore soddisfazione di vita, minor mancanza di sicurezza a scuola, minore occultamento dell'identità, meno sintomi depressivi e meno violenze scolastiche. In

	violenza/discriminazione tra giovani LGBTI.		supporto governativo).	particolare, formazione degli insegnanti e curricula inclusivi risultano i fattori più protettivi.
<i>Introducing comprehensive sexuality education in Italian schools: from the co-construction to the evaluation of a pilot intervention – Chinelli A. et al., 2024</i>	Co-costruire, implementar e e valutare (a breve termine) un progetto di CSE scolastica in Italia (EduForIST): valutazione di programma, implementazi one e outcome cognitivi/soddisfazione.	11 scuole, 35 classi, 638 studenti (a pre-test 12–14 anni) e 595 post-test, in Italia (Puglia, Lazio, Toscana, Lombardia).	5 incontri per studenti (4 moduli + 1 sessione guidata dagli studenti): A cambiamenti in adolescenza; B emozioni/relazioni; C identità/differenze; D consenso, prevenzione IST/contraccezioni; riunioni con genitori e docenti. Sviluppo tramite Delphi con gruppo multidisciplinare; erogazione da educatori CSO; questionari pre/post (15 item) + soddisfazione; riflessioni	↑ conoscenze in 12/15 item ($p<0,05$). Miglioramenti chiave: sintomi IST +33,1%, HIV-therapy +25,9%, “pillola non protegge da IST” +18,8%, gravidanza possibile al primo rapporto +10,3%. Alta soddisfazione ($\geq \sim 2/3$ “molto interessato”; fino a 79,1% per cambiamenti mentali e prevenzione IST). La qualitativa sottolinea ruolo centrale e bisogno di formazione degli educatori; intervento scalabile.

			educatori (diari/SWOT).	
<i>Linking inclusive school practices and mental health in sexual and gender minority youth in Europe – Ioverno S., Sherwood S.H., Costa S., Kretschmer T., Schulte-Körne G., Furlong Y., Bussemakers C., Ttofi M.M., 2025</i>	Esaminare se e come le pratiche scolastiche inclusive siano associate a migliori esiti di salute mentale negli adolescenti con minoranze sessuali e di genere (SGMY) in Europa.	11.229 adolescenti SGMY (età 14–18 anni) provenienti da 5 paesi europei (Belgio, Germania, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito).	Analisi quantitativa con questionari standardizzati su sintomi depressivi, ideazione suicidaria, benessere mentale; valutazione delle percezioni di inclusività scolastica. Studio multicentrico transnazionale.	Le pratiche scolastiche inclusive sono associate a minori sintomi depressivi, ridotta ideazione suicidaria e migliore benessere mentale nei giovani SGMY. I risultati sottolineano il valore delle politiche scolastiche inclusive come fattore protettivo per la salute mentale.

2. Contesto italiano

Prima di analizzare i singoli programmi attuati a livello nazionale e locale, è utile inquadrare il contesto di riferimento.

Il documento istituzionale *Linee di indirizzo per lo svolgimento di interventi di educazione all'affettività, alla sessualità e alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse in ambito scolastico* sottolinea come la scuola rappresenti un luogo privilegiato per la promozione della salute e dell'educazione sessuale, in un'ottica di prevenzione e di sviluppo armonico della persona. Questa impostazione si fonda sul principio che la salute sessuale sia parte integrante della salute generale e che i percorsi educativi debbano essere avviati precocemente, modulando i contenuti in base all'età e al livello di maturità delle persone in formazione. Le linee di indirizzo forniscono un quadro metodologico e contenutistico per la realizzazione di interventi omogenei e basati su evidenze scientifiche, sottolineando la necessità di una collaborazione tra scuola, famiglia, servizi sanitari e professionisti qualificati. L'approccio proposto è multidisciplinare e centrato sulla persona, con attenzione agli aspetti biologici, psicologici, affettivi, relazionali, sociali ed etici della sessualità, e con l'obiettivo di favorire scelte consapevoli, prevenire comportamenti a rischio e promuovere il benessere sessuale e relazionale (Ministero della Salute, n.d.).

2.1 Evoluzione storica dei tentativi di introdurre l'educazione sessuale in Italia

Nonostante la rilevanza del tema, in Italia l'educazione sessuale non è mai stata implementata in modo uniforme a livello nazionale. La sezione “Timeline” delle *Linee di indirizzo ministeriali* ricostruisce i principali tentativi avviati dal secondo dopoguerra a oggi, evidenziando una serie di iniziative frammentarie e spesso interrotte. A partire dagli anni '70, alcune Regioni hanno sperimentato progetti locali di educazione sessuale, spesso legati a specifiche emergenze sanitarie (come la prevenzione dell'HIV negli anni '80-'90). Negli anni 2000 sono stati prodotti documenti e raccomandazioni da parte di istituzioni sanitarie e scolastiche, ma tali linee guida non hanno trovato un'applicazione sistematica e vincolante.

Il documento ministeriale sottolinea come queste iniziative, pur segnando tappe importanti nel riconoscimento del ruolo educativo della scuola in materia di sessualità, non abbiano portato alla definizione di una normativa nazionale univoca e stabile. Questa discontinuità ha determinato un panorama caratterizzato da forti differenze territoriali, con Regioni o singoli istituti scolastici che adottano approcci e contenuti variabili, lasciando scoperti ampi segmenti della popolazione studentesca (Ministero della Salute, n.d.).

La tabella seguente riassume, in ordine cronologico, i principali tentativi e provvedimenti che hanno interessato il dibattito sull'educazione sessuale in Italia, dal XIX secolo fino ai giorni nostri.

Tabella I

Principali tentativi di introdurre l'educazione alla sessualità nel contesto scolastico ed eventi correlati in Italia dal XIX secolo a oggi

Anno	Evento
1800	Il lavoro pionieristico di Paolo Mantegazza sulla sessualità umana riconosce l'importanza della promozione del benessere sessuale e della divulgazione in questo ambito.
1975	Primo disegno di legge sull'educazione sessuale nelle scuole (13 marzo) e istituzione dei consultori familiari con la legge n. 405 (29 luglio).
1978	Legge 194/78 sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
1984	Un accordo politico tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana stabilisce che il Ministero della Pubblica Istruzione debba tenere in considerazione l'opinione sfavorevole della Chiesa cattolica nello svolgere educazione sessuale nelle scuole.
1996	15 febbraio 1996 La Legge n.66 stabilisce le norme contro la violenza sessuale in qualità di delitto contro la persona, abrogando gli articoli del Codice Rocco (risalente al regime fascista) che definivano lo stupro come un delitto contro la moralità pubblica e il buon costume.

	Una nuova proposta di legge per l'educazione alla sessualità nelle scuole richiede di introdurre specifiche iniziative per la formazione dei docenti.
2003	La legge delega della ministra Letizia Moratti (n.53 del 2003) dà Indicazioni per l'educazione alla salute, alimentare, alla sessualità e affettività.
2010	OMS aggiorna gli standard per l'educazione sessuale in Europa.
2017	Il Piano Nazionale di interventi contro HIV e AIDS richiede la necessità di intervenire nelle scuole con strumenti didattici ed educativi.
2019	Papa Francesco riferisce che «Nelle scuole bisogna dare un'educazione sessuale, il sesso è un dono di Dio». Il pontefice ribadisce che sarebbe meglio cominciare l'educazione sessuale in famiglia, «ma questo non sempre è possibile perché ci sono tante situazioni svariate nelle famiglie. E quindi la scuola supplisce a questo, perché altrimenti rimarrà un vuoto che poi verrà riempito da un'ideologia qualsiasi».
2021	Delega al Governo per introdurre educazione affettiva e sessuale in scuole e università.
2022	Proposta di legge per l'introduzione dell'insegnamento dell'educazione sentimentale e sessuale nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado.

Nota. Dati tratti da *Linee di indirizzo per lo svolgimento di interventi di educazione all'affettività, alla sessualità e alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse in ambito scolastico* (Ministero della Salute, n.d., pp. 13–15).

La ricostruzione cronologica mette in luce la natura discontinua delle politiche italiane in materia di educazione sessuale. A differenza di quanto avvenuto in altri Paesi europei, dove la formazione su sessualità, affettività e parità di genere è entrata stabilmente nei curricoli scolastici, in Italia il tema è stato affrontato in maniera episodica, spesso in risposta a contesti emergenziali o a spinte politiche temporanee. Questa mancanza di continuità ha impedito lo sviluppo di un approccio uniforme, strutturato e inclusivo, con conseguenze dirette sulla qualità e sull'equità dell'educazione ricevuta dagli studenti (Ministero della Salute, n.d.).

In parallelo ai dibattiti nazionali, diverse ONG e associazioni hanno svolto un ruolo fondamentale nel supplire alle mancanze istituzionali, promuovendo progetti di educazione alla salute e alla sessualità nelle scuole. Tra queste, il CNCA, la LILA e la Caritas Ambrosiana hanno realizzato interventi mirati a sensibilizzare studenti e docenti, sebbene con carattere episodico e dipendente da finanziamenti locali (Chinelli et al., 2023). Questo contribuisce alla disomogeneità complessiva, dove l'accesso a percorsi strutturati di educazione sessuale è ancora determinato dalla geografia più che da un diritto universale.

2.2 Programma “Scuola promotrice di salute” della Provincia Autonoma di Bolzano

Nel documento istituzionale *Programma: Scuola promotrice di salute* della Provincia Autonoma di Bolzano (2016) viene delineato un programma di interventi sull’educazione socioaffettiva e sessuale rivolto a scuole primarie e secondarie. Il programma sottolinea come numerosi fattori sociali e culturali – come tabù, disinformazione, comportamenti a rischio, eccessiva esposizione ai media e trasformazioni nei modelli familiari – rendano necessaria l’introduzione di percorsi strutturati di educazione sessuale in ambito scolastico, con il coinvolgimento di figure professionali interne ed esterne alla scuola.

Gli obiettivi educativi vengono differenziati in base alla fascia d’età. Per la scuola primaria, l’intervento mira a favorire la libertà di espressione in un contesto di fiducia, a stimolare la consapevolezza dei valori alla base di una relazione o famiglia, a fornire informazioni sui cambiamenti legati alla pubertà e sulla funzione riproduttiva, e ad accompagnare bambine e bambini nella comprensione del loro ruolo di maschi e femmine. Nella scuola secondaria di primo grado, l’offerta educativa si amplia includendo temi come la conoscenza dei metodi contraccettivi (naturali, di barriera e ormonali), l’importanza del preservativo nella prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, gli screening di prevenzione per la salute dell’apparato genitale e le informazioni sui servizi territoriali a cui è possibile rivolgersi. Inoltre, si punta a promuovere valori e norme utili alla prevenzione dei comportamenti a rischio. Per le scuole secondarie di secondo grado, il documento prevede un’ulteriore estensione dei

contenuti, focalizzata sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (in particolare HIV) e sulla promozione della sessualità responsabile (Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige, 2016, pp. 31-34).

Programma di educazione socioaffettiva e sessuale nelle scuole primarie e secondarie di Bolzano

Il Comprensorio Sanitario di Bolzano ha elaborato materiali specifici per le scuole primarie e secondarie di primo grado, che costituiscono un punto di riferimento per le istituzioni scolastiche del territorio (Comprensorio Sanitario di Bolzano, 2022).

Per quanto riguarda la scuola primaria, il programma prevede un percorso dedicato alle classi quinte. Gli obiettivi generali consistono nel fornire agli alunni conoscenze di base sulla fisiologia della pubertà e della riproduzione, ma anche nell'affrontare gli aspetti relazionali ed emotivi della sessualità, valorizzando il rispetto reciproco e la capacità di esprimersi in un clima di fiducia. In particolare, vengono trattati:

- i cambiamenti fisici e psico-affettivi legati alla pubertà,
- l'anatomia e la fisiologia degli organi genitali maschili e femminili,
- il significato dell'igiene intima,
- i valori alla base di una relazione affettiva,
- il concetto di educazione socioaffettiva e sessuale nel suo complesso.

Un aspetto rilevante è il coinvolgimento non solo degli alunni, ma anche degli insegnanti e dei genitori. Il programma infatti prevede momenti di formazione e di confronto con il corpo docente e con le famiglie, al fine di garantire coerenza educativa e creare un contesto favorevole di dialogo (Comprensorio Sanitario di Bolzano, 2022).

Dal punto di vista metodologico, l'intervento è condotto da assistenti sanitarie, attraverso tre incontri in classe, integrati da attività di gruppo, brainstorming e l'utilizzo di materiali didattici (schede, flip chart, modelli anatomici). Tale impostazione, pur avendo il merito di strutturare un percorso precoce e sistematico, risulta ancora fortemente ancorata a una visione binaria della sessualità

(maschio/femmina) e non affronta in modo esplicito tematiche legate all’orientamento sessuale, all’identità di genere e all’inclusione delle minoranze sessuali e di genere. Proprio per questo motivo, rappresenta un terreno fertile per proporre un ampliamento del ruolo dell’ostetrica, che potrebbe garantire un approccio più inclusivo e aggiornato in linea con le raccomandazioni internazionali (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010). Tra le figure sanitarie coinvolgibili, l’ostetrica risulta particolarmente idonea poiché, oltre alle competenze cliniche in salute riproduttiva, possiede una formazione centrata sulla promozione del benessere, la comunicazione e l’empowerment della persona. Il suo approccio olistico e non medicalizzato consente di affrontare la sessualità come dimensione relazionale e identitaria, in linea con i principi di inclusività e diritti umani promossi da OMS e UNESCO.

Per quanto riguarda la scuola secondaria di primo grado (classe terza), il programma proposto dal Comprensorio Sanitario di Bolzano presenta un’impostazione più articolata, che risponde alle esigenze tipiche dell’adolescenza. Le motivazioni alla base di questa iniziativa fanno riferimento sia ai dati epidemiologici, che evidenziano un inizio precoce dei rapporti sessuali tra gli adolescenti e un ricorso non sempre consapevole ai metodi contraccettivi, sia alla diffusione di informazioni distorte o veicolate da fonti poco affidabili, come i mass media o la pornografia online (Comprensorio Sanitario di Bolzano, 2024).

Gli obiettivi educativi includono:

- sviluppare conoscenze sui cambiamenti legati alla pubertà;
- comprendere l’importanza dell’igiene personale e della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili;
- conoscere i metodi contraccettivi, con particolare attenzione alla contraccezione di barriera e alla prevenzione delle gravidanze indesiderate;
- riflettere sul tema del consenso, della gestione delle emozioni e delle dinamiche di coppia;
- promuovere atteggiamenti positivi verso la responsabilità e la protezione della salute sessuale.

Il metodo prevede incontri in classe condotti da assistenti sanitarie, con l'uso di brainstorming, lavori di gruppo, discussioni guidate, video educativi e modelli anatomici. Una novità significativa rispetto alla scuola primaria è la collaborazione dell'ostetrica, che affianca gli operatori sanitari in alcuni momenti, in particolare negli approfondimenti dedicati alla fisiologia riproduttiva, alla gravidanza e al parto. Questo dato testimonia un riconoscimento istituzionale del ruolo dell'ostetrica nell'educazione alla salute sessuale (Comprensorio Sanitario di Bolzano, 2024). Anche in questo caso è previsto il coinvolgimento attivo di insegnanti e genitori, con incontri dedicati per condividere finalità, strumenti e modalità operative del progetto. Tale impostazione consente di rafforzare la coerenza educativa e di sostenere un dialogo intergenerazionale sulle tematiche sessuali.

Nonostante i punti di forza, il programma resta prevalentemente centrato su un modello biologico-riproduttivo ed eteronormativo. Non vengono affrontate in modo esplicito tematiche legate a orientamento sessuale, identità di genere o inclusione delle minoranze, aspetti che invece risultano essenziali alla luce delle raccomandazioni internazionali (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010).

2.3 Educazione, inclusione e cittadinanza nel PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021, rappresenta la strategia italiana per accedere ai fondi del programma europeo *Next Generation EU*. Tra le sue sei Missioni, la Missione 4 – Istruzione e Ricerca è quella che più direttamente coinvolge il tema dell'educazione inclusiva, poiché mira a potenziare l'offerta formativa, ridurre i divari territoriali e promuovere pari opportunità educative. In questo quadro, gli investimenti previsti si concentrano sul contrasto alla dispersione scolastica e sul rafforzamento delle competenze trasversali e di cittadinanza, con particolare attenzione alle *soft skills*, alla parità di genere e all'inclusione delle diversità (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2021).

All'interno della componente “Potenziamento delle competenze e diritto allo studio”, il PNRR incoraggia la scuola a farsi promotrice di una cittadinanza attiva e

consapevole, introducendo percorsi educativi su temi sociali e culturali rilevanti, come il rispetto delle differenze e il contrasto alle discriminazioni (Ministero dell’Istruzione, 2021). Sebbene il documento non menzioni esplicitamente l’educazione sessuale, i riferimenti alla parità di genere, al benessere degli studenti e all’inclusione sociale offrono una cornice strategica utile per integrare programmi di educazione socioaffettiva e sessuale coerenti con i principi della Comprehensive Sexuality Education (CSE). Inoltre, il PNRR sottolinea l’importanza della formazione del personale scolastico sulle metodologie didattiche inclusive, promuovendo competenze relazionali e comunicative fondamentali per affrontare temi sensibili come sessualità, identità di genere e orientamento sessuale. Tale impostazione è in linea con le raccomandazioni dell’OMS e dell’UNESCO, che individuano nell’inclusività un pilastro per garantire pari opportunità di apprendimento e benessere a tutti gli studenti, indipendentemente dalle caratteristiche personali e di background (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2017).

Nel contesto italiano, tuttavia, la figura dell’ostetrica non è ancora pienamente riconosciuta come risorsa educativa nei percorsi scolastici. Nonostante le sue competenze in salute sessuale e riproduttiva, la sua presenza rimane confinata a progetti locali, senza un’integrazione strutturale a livello nazionale (Chinelli et al., 2024). Questa marginalità deriva da una visione prevalentemente clinico-assistenziale del ruolo ostetrico, che trascura la funzione educativa e di advocacy, intesa come impegno nel promuovere e difendere il diritto alla salute sessuale e affettiva di tutte le persone. Esperienze pilota dimostrano che l’inclusione dell’ostetrica nei programmi di educazione sessuale può essere efficace e sostenibile. A Bolzano, ad esempio, il modello di *Scuola promotrice di salute* prevede la collaborazione con professionisti sanitari, tra cui ostetriche, che integrano la dimensione clinica con quella educativa. Anche in Germania e nei Paesi nordici le ostetriche fanno parte del team che supporta l’implementazione della CSE (BZgA & IPPF EN, 2018; Skolverket, 2024). Un’integrazione stabile della figura ostetrica nei programmi italiani potrebbe contribuire a superare l’attuale frammentarietà degli interventi e a promuovere una educazione sessuale basata su evidenze scientifiche, inclusiva e centrata sulla persona, in linea con gli standard internazionali OMS/UNESCO e con gli obiettivi di equità e riduzione delle disuguaglianze previsti dal PNRR.

3. Modelli internazionali

La Comprehensive Sexuality Education (CSE), secondo l'UNESCO (2024), produce benefici multidimensionali che si riflettono sul benessere individuale e collettivo. Essa favorisce un aumento delle conoscenze dei giovani e un miglioramento dei loro atteggiamenti rispetto alla salute e ai comportamenti sessuali e riproduttivi. Diversi studi indicano che la CSE contribuisce a ritardare l'età del debutto sessuale, a promuovere un uso più consapevole e costante del preservativo e di altri metodi contraccettivi, ad accrescere la conoscenza del proprio corpo e delle relazioni sane, e a ridurre l'assunzione di comportamenti a rischio e la frequenza dei rapporti non protetti. Per ottenere risultati significativi nella prevenzione delle gravidanze precoci e indesiderate, è necessario che l'educazione alla sessualità, alla salute riproduttiva e alla contraccezione abbia un approccio ampio, inclusivo e informato ((WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010; UNESCO, 2018). Le evidenze mostrano inoltre che i programmi di educazione sessuale sono fino a cinque volte più efficaci nella prevenzione delle gravidanze indesiderate e delle infezioni sessualmente trasmissibili quando affrontano esplicitamente le tematiche legate al genere e ai rapporti di potere (UNESCO, 2018; Haberland, 2015). Il coinvolgimento di genitori, insegnanti e comunità risulta fondamentale: la CSE raggiunge il massimo impatto quando l'apprendimento scolastico è integrato dal sostegno familiare e da servizi educativi e sanitari rivolti ai giovani (IPPF & BZgA, 2018; UNESCO, 2018). Su scala più ampia, i Paesi che adottano programmi strutturati di educazione sessuale mostrano minori disuguaglianze di salute e un miglior clima scolastico, con una riduzione documentata di episodi di bullismo e discriminazione (Ioverno et al., 2023; IPPF & BZgA, 2018; UNESCO, 2018). Queste evidenze confermano che la CSE non rappresenta soltanto un intervento educativo, ma costituisce una vera e propria strategia di salute pubblica (UNESCO, 2024).

3.1 Il modello tedesco di educazione sessuale inclusiva

In Germania, l'educazione sessuale è regolata dai singoli Länder ma, al tempo stesso, è obbligatoria su tutto il territorio nazionale e integrata nei curricoli scolastici fin dalla

scuola primaria. Questa impostazione assicura che tutti gli studenti, indipendentemente dal contesto geografico, ricevano un percorso strutturato e continuo di educazione alla sessualità. L'approccio adottato si fonda sui principi della CSE, così come definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNESCO (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010; UNESCO, 2018).

Uno degli elementi distintivi del modello tedesco è l'attenzione all'inclusività. L'educazione sessuale affronta esplicitamente orientamento sessuale, identità di genere e diversità, con l'obiettivo di contrastare stereotipi e discriminazioni, promuovere il rispetto reciproco e sostenere la costruzione di un'identità positiva. I materiali didattici ufficiali includono immagini, storie ed esempi che raffigurano famiglie e relazioni di vario tipo, comprese coppie omosessuali, famiglie con genitori transgender e persone non binarie. Le lezioni trattano in modo diretto temi come omofobia, transfobia e stereotipi di genere, con l'intento di favorire empatia e rispetto verso ogni identità e orientamento sessuale (BZgA, 2019; IPPF EN, 2018).

Per garantire rappresentazione e supporto, le scuole collaborano regolarmente con associazioni e servizi LGBTQIA+ che organizzano workshop, testimonianze dirette e sportelli di consulenza (BZgA, 2019; UNESCO, 2018). Inoltre, gli istituti offrono servizi di counselling scolastico e sanitario sensibili alle tematiche LGBTQIA+, gestiti da professionisti formati per rispondere ai bisogni specifici di giovani lesbiche, gay, bisessuali, transgender e non binari. Un'attenzione particolare è riservata alla formazione degli insegnanti e degli operatori scolastici, che ricevono corsi sul linguaggio inclusivo, sulla gestione degli episodi discriminatori e sulle strategie per costruire un ambiente scolastico sicuro e accogliente per tutte e tutti (BZgA & IPPF EN, 2018; UNESCO, 2018).

La realizzazione dei programmi coinvolge una rete di attori: scuole, famiglie, servizi di consulenza, ostetriche, medici, infermieri, educatori e organizzazioni non governative. Le ostetriche, in particolare, sono spesso parte dei team multiprofessionali che supportano le scuole, rafforzando il legame tra sistema educativo e sanitario (BZgA, 2019; IPPF & BZgA, 2018; WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010). L'implementazione è sostenuta da materiali didattici ufficiali, dalla formazione continua degli insegnanti e da una valutazione periodica delle attività,

con l’obiettivo di garantire efficacia, aggiornamento e aderenza agli standard internazionali (BZgA & IPPF EN, 2018).

A livello di risultati, la Germania mostra esiti positivi e documentati: i tassi di natalità adolescenziale sono tra i più bassi d’Europa, mentre l’uso di metodi contraccettivi moderni tra i giovani è molto diffuso e culturalmente accettato (BZgA & IPPF EN, 2018). I dati epidemiologici confermano l’efficacia della CSE: nel 2020 il tasso di natalità adolescenziale era di 5,3 per 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni, tra i più bassi in Europa, mentre l’uso di contraccettivi moderni da parte degli adolescenti si attesta stabilmente sopra il 75% (BZgA & IPPF EN, 2018). Le indagini mostrano inoltre un’elevata conoscenza dei metodi contraccettivi e un atteggiamento positivo verso la sessualità come parte dello sviluppo, in netto contrasto con la frammentazione osservata in Italia (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010; UNESCO, 2018).

3.2 Esperienze di educazione sessuale inclusiva nei Paesi nordici ed europei

Gli studi comparativi europei hanno evidenziato come l’adozione di politiche educative esplicitamente inclusive rappresenti un fattore protettivo determinante per il benessere degli studenti LGBTQIA+. Una ricerca condotta da Ioverno et al. (2023) su un campione di 30 Paesi europei mostra che curricula comprensivi delle diversità sessuali e di genere, linee guida nazionali e leggi antidiscriminazione riducono significativamente il rischio di bullismo, i sintomi depressivi e il senso di isolamento, favorendo al contempo il senso di appartenenza alla comunità scolastica. In questo contesto, i Paesi nordici costituiscono un modello di riferimento avanzato. In Svezia, l’educazione sessuale è obbligatoria da decenni ed è stata riformulata nel 2022 come *Sexuality, consent and relationships*, ponendo al centro il consenso, la parità di genere e le relazioni affettive. Fin dalla scuola primaria, i programmi includono sistematicamente le diversità sessuali e di genere, integrando conoscenze scientifiche, competenze relazionali e valori come il rispetto, l’uguaglianza e l’inclusione (Skolverket, 2024). Questo approccio è pienamente coerente con gli *Standard europei per l’educazione sessuale* (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010) e con le

raccomandazioni dell’UNESCO (2018). Anche gli altri Paesi nordici adottano modelli basati su una chiara impostazione nazionale e su una collaborazione intersettoriale tra scuole, professionisti sanitari e associazioni. Le evidenze indicano che tali politiche producono effetti concreti non solo sugli esiti di salute sessuale — come la riduzione delle gravidanze adolescenziali e l’aumento dell’uso consapevole della contraccezione — ma anche sul clima scolastico e sul benessere mentale degli studenti (BZgA & IPPF EN, 2018; Inclusive National Educational Policies, 2021).

L’inclusione emerge dunque come un intervento strutturale con ricadute tangibili sulla vita quotidiana dei giovani: nei contesti dove l’educazione sessuale è comprensiva e rispettosa delle diversità, gli studenti riportano maggior benessere psicosociale, mentre nei Paesi privi di politiche strutturate la popolazione LGBTQIA+ risulta più esposta a discriminazione e isolamento. In Svezia, le scuole collaborano inoltre con servizi di salute giovanile e con midwives specializzate, che svolgono attività di counselling e informazione sia in classe sia in contesti individuali, offrendo un punto di riferimento accessibile e non giudicante per gli studenti (Skolverket, 2024).

3.3 I Paesi Bassi

I Paesi Bassi rappresentano uno dei modelli più consolidati e riconosciuti a livello internazionale nell’ambito della Comprehensive Sexuality Education (CSE). L’educazione sessuale è obbligatoria sin dalla scuola primaria e inizia già a partire dai quattro anni di età, con programmi calibrati per accompagnare bambini e adolescenti lungo tutto il percorso di crescita (BZgA & IPPF EN, 2018).

Il programma più noto, *Long Live Love*, integra conoscenze scientifiche, competenze relazionali e riflessioni etiche, ponendo particolare attenzione al consenso, al rispetto reciproco e alla valorizzazione della diversità (Ketting et al., 2015). I contenuti vengono proposti con linguaggio semplice e adeguato all’età: nella scuola primaria si affrontano emozioni, amicizia, corpo e confini personali, mentre nella secondaria si introducono in modo progressivo temi come contraccezione, prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (IST), relazioni intime, parità di genere e orientamenti sessuali.

Un punto di forza del modello olandese è la piena integrazione della CSE nel curricolo scolastico ordinario, che evita di trattarla come materia opzionale, e la formazione obbligatoria degli insegnanti, i quali ricevono linee guida e materiali didattici standardizzati (UNESCO, 2018). Tale impostazione si riflette in risultati di salute pubblica tra i migliori in Europa: i Paesi Bassi registrano un tasso di gravidanze adolescenziali pari a 4,5 per 1.000 ragazze tra 15 e 19 anni e oltre l'85% dei giovani riferisce di aver utilizzato un metodo contraccettivo moderno al primo rapporto sessuale (Ketting et al., 2015; UNESCO, 2018).

La coerenza tra scuola, famiglia e servizi territoriali rappresenta un altro elemento distintivo. La rete di supporto olandese include consultori giovanili e ostetriche di comunità, che affiancano i programmi scolastici con attività di counselling e prevenzione, garantendo una continuità tra educazione e assistenza sanitaria (Ketting et al., 2015).

Il modello olandese dimostra che un'educazione sessuale precoce, inclusiva e continuativa è non solo realizzabile, ma produce benefici concreti e misurabili sul piano della salute pubblica, del benessere psicosociale e della costruzione di una cittadinanza affettiva consapevole.

Tabella II. Confronto tra Italia e modelli europei di CSE

	Italia	Germania	Svezia	Paesi Bassi
Età di inizio	Variabile, spesso solo scuola primaria o secondaria di primo grado	Primaria (6–7 anni)	Primaria (6–7 anni)	Primaria (dai 4 anni)
Obbligatorietà	No (iniziativa locali)	Sì	Sì	Sì

Inclusione LGBTQIA+	Debole, non esplicita nei curricula	Esplicita nei curricula	Esplicita nei curricula	Esplicita nei curricula
Ruolo figure sanitarie	Ostetrica e assistente sanitaria	Ostetrica e consulente sanitaria nelle scuole (Schulärztin / Hebamme)	Ostetrica nei servizi di salute giovanile scolastica (school health services)	Ostetrica di comunità e operatori dei consultori giovanili
Risultati documentati	Tasso natalità adolescenziale: 5,3/1000; le: 6,9/1000 (2019); forte variabilità territoriale; bassa alfabetizzazione sessuale	asso natalità adolescenzial e: 5,3/1000; uso contraccettivi >75%; conoscenze elevate	Tasso natalità adolescenziale: 4,8/1000 (2020); uso contraccettivi >80%; elevato senso di sicurezza e benessere scolastico	Tasso natalità adolescenziale: 4,5/1000; uso contraccettivi >85%; elevata soddisfazione relazionale e consapevolezza

L’analisi dei modelli internazionali evidenzia come la CSE, quando introdotta precocemente, resa obbligatoria e progettata in maniera inclusiva, produca effetti tangibili sulla salute sessuale e sul benessere degli adolescenti (WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2010; UNESCO, 2018; IPPF & BZgA, 2018). Germania, Paesi nordici e Paesi Bassi condividono alcuni tratti comuni: un forte sostegno normativo, l’integrazione nei curricoli scolastici, la formazione degli insegnanti e il coinvolgimento di professionisti sanitari e associazioni. Inoltre, questi Paesi affrontano in maniera esplicita la diversità di orientamenti sessuali e identità di genere, riducendo lo stigma e promuovendo un clima scolastico più sicuro e rispettoso.

L'esperienza europea mostra che è possibile realizzare una CSE sistematica ed efficace, in linea con le raccomandazioni di OMS e UNESCO, e che tale approccio porta a risultati concreti in termini di riduzione delle gravidanze precoci, maggiore uso della contraccezione e benessere psicosociale.

Queste evidenze costituiscono il punto di partenza per la parte empirica di questa ricerca, volta a indagare percezioni, bisogni e aspettative degli studenti italiani, con l'obiettivo di proporre percorsi di educazione sessuale inclusiva in cui l'ostetrica possa assumere un ruolo operativo chiave.

4. Indagine conoscitiva sul percepito dei giovani e professionisti rispetto all'educazione socioaffettiva e sessuale

4.1 Quesito di ricerca

Quali percezioni, vissuti e bisogni esprimono giovani adulti/adulti e professionisti dell'area ostetrica rispetto all'educazione socioaffettiva e sessuale, con particolare attenzione alla rappresentazione delle identità e delle relazioni LGBTQIA+ e al ruolo dell'ostetrica nei contesti educativi?

4.2 Disegno di studio

Lo studio adotta un approccio descrittivo con orientamento qualitativo, finalizzato a indagare il percepito dei partecipanti riguardo all'educazione socioaffettiva e sessuale e al ruolo dell'ostetrica nei contesti formativi. L'obiettivo è comprendere come studenti, giovani adulti e professionisti dell'area ostetrica interpretino, valutino e vivano la qualità e l'inclusività dei percorsi educativi relativi alla sessualità.

L'indagine si configura come studio osservazionale trasversale, condotto tramite questionari online autosomministrati rivolti a due popolazioni distinte:

- giovani adulti e adulti;
- professionisti e studenti dell'area ostetrica dell'Alto Adige.

La scelta di un disegno descrittivo-qualitativo consente di esplorare in profondità atteggiamenti, esperienze pregresse e aspettative, integrando la componente quantitativa delle risposte chiuse con elementi qualitativi emergenti dalle risposte aperte. Tale impostazione mira a restituire una rappresentazione complessa e articolata delle percezioni dei soggetti coinvolti, più che a produrre dati generalizzabili alla popolazione.

4.3 Obiettivo dello studio

Obiettivo primario: descrivere l'esposizione a contenuti di educazione sessuale inclusivi e l'atteggiamento verso l'inclusione di tematiche LGBTQIA+.

Obiettivi secondari:

- stimare la percezione di sicurezza, rappresentazione e possibilità di porre domande;
- indagare il riconoscimento, il perimetro di competenze e il ruolo atteso dell'ostetrica;
- rilevare, nel campione professionale, preparazione percepita, barriere, sostegni istituzionali e strategie utili;
- discutere implicazioni per la pratica e la formazione.

4.4 Materiali e metodi

4.4.1 Teoria di riferimento

Per eseguire lo studio è stato adottato un approccio descrittivo di tipo quantitativo, integrato da elementi qualitativi derivanti dalle risposte aperte dei questionari. Questa impostazione ha permesso di combinare la misurazione dei dati oggettivi con l'analisi interpretativa delle esperienze soggettive. Il riferimento teorico principale è rappresentato dal modello della Comprehensive Sexuality Education (CSE) promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNESCO, che interpreta la sessualità come dimensione centrale della salute, dei diritti e del benessere individuale e collettivo (UNESCO, 2018). Il modello teorico della CSE fornisce la cornice concettuale entro cui leggere i dati della presente indagine. In particolare, esso permette di interpretare l'educazione sessuale non solo come trasmissione di conoscenze biologiche, ma come processo formativo complesso in grado di favorire consapevolezza, empatia e competenze relazionali. L'adozione di questo quadro teorico ha guidato tutte le fasi della ricerca, dalla costruzione degli strumenti di indagine fino alla categorizzazione e interpretazione dei dati, orientando l'analisi verso la comprensione delle percezioni e dei bisogni educativi della popolazione indagata.

4.4.2 Campionamento

Campionamento tramite diffusione volontaria dei link ai questionari.

- Giovani adulti/adulti: 71 questionari validi; età 18–35 anni, prevalenza 25–34. Il campione non è rappresentativo, ma consente una panoramica utile di atteggiamenti e bisogni.
- Professionisti sanitari: 32 questionari da area ostetrica (ostetriche 75%, studentesse 21,9%, un'insegnante 3,1%). Anche in questo caso non rappresentativo, ma informativo sulle pratiche e sui bisogni formativi.

4.4.3 Strumento di rilevazione e raccolta dati

La raccolta dati è stata effettuata mediante la somministrazione di questionari strutturati in formato elettronico, realizzati attraverso la piattaforma Microsoft Forms. Il link al questionario è stato diffuso tramite canali social e contatti personali, con modalità di partecipazione libera e volontaria. Sono stati elaborati due questionari distinti, costruiti sulla base degli obiettivi di ricerca e rivolti a popolazioni differenti:

- Questionario per giovani adulti e adulti: composto da 20 domande, di cui 17 chiuse e a risposta multipla e 3 aperte. Il questionario era articolato in tre sezioni principali:
 1. Dati socio-demografici (età, genere, orientamento, livello di istruzione, occupazione);
 2. Esperienze pregresse e percezioni relative all'educazione socioaffettiva e sessuale, con particolare riferimento all'inclusione dei temi LGBTQIA+;
 3. Conoscenza e rappresentazione del ruolo dell'ostetrica, e percezione del suo possibile contributo nei contesti educativi.
- Questionario per professionisti sanitari: composto da 22 domande, di cui 19 chiuse e a risposta multipla e 3 aperte. Anch'esso suddiviso in tre sezioni:

1. Dati professionali e formativi (profilo, anni di esperienza, contesto lavorativo);
2. Esperienze educative e competenze professionali in ambito di educazione sessuale, con attenzione a contenuti inclusivi e barriere percepite;
3. Ruolo dell'ostetrica e proposte di miglioramento, con domande volte a esplorare strategie, difficoltà e bisogni formativi.

Entrambi i questionari erano anonimi, compilabili in circa 5–8 minuti, e prevedevano un consenso informato iniziale che descriveva obiettivi, finalità e modalità di trattamento dei dati, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

4.5 Analisi dei dati

Dai questionari somministrati online, 71 giovani adulti e adulti e 32 professionisti dell'area ostetrica dell'Alto Adige hanno aderito all'indagine compilando integralmente lo strumento di rilevazione. Le informazioni ottenute sono state quantificate, misurate e successivamente raggruppate in categorie tematiche per consentire una lettura chiara e sistematica dei risultati. I questionari, composti da domande chiuse e a risposta multipla, hanno prodotto dati di tipo descrittivo. Le risposte sono state raccolte in tabelle di frequenza e analizzate in termini percentuali rispetto al numero totale dei partecipanti, con l'obiettivo di individuare tendenze, differenze e ricorrenze significative. Le eventuali domande aperte sono state esaminate mediante lettura analitica e categorizzazione dei contenuti ricorrenti, al fine di integrare l'analisi quantitativa con elementi qualitativi di contesto. I dati complessivi sono stati ordinati secondo le principali aree di indagine: esperienza formativa, percezione dell'inclusione dei temi LGBTQIA+, conoscenza e rappresentazione del ruolo dell'ostetrica, livello di formazione e ostacoli percepiti. L'analisi ha seguito un approccio descrittivo e comparativo, volto a mettere in relazione le due popolazioni indagate e a evidenziare analogie e differenze nei vissuti e nelle opinioni espresse.

4.6 Risultati

4.6.1 Questionario giovani adulti e adulti

Dall'analisi delle 71 risposte emerge che la maggior parte dei partecipanti (63,4%) riferisce di non aver affrontato alcuno dei temi proposti durante le lezioni di educazione sessuale. Il questionario considerava cinque aree principali: diversi orientamenti sessuali (gay, lesbica, bisessuale, asessuale, ecc.), identità di genere non binarie o transgender, relazioni LGBTQIA+, prevenzione non solo per coppie eterosessuali, e gravidanza e genitorialità inclusiva, comprendente anche le famiglie arcobaleno. Tra coloro che hanno riportato l'inclusione di alcuni di questi argomenti nei percorsi educativi, i temi più frequentemente citati risultano essere i diversi orientamenti sessuali (21,1%) e la prevenzione per tutti (18,3%), seguiti dalla gravidanza e genitorialità inclusiva (14,1%). Le relazioni LGBTQIA+ (2,8%) e le identità di genere non binarie o transgender (1,4%) risultano invece pressoché assenti. Un piccolo gruppo di partecipanti (4,2%) dichiara di non ricordare gli argomenti affrontati. Nel complesso, i risultati indicano una scarsa attenzione alle dimensioni identitarie e relazionali della sessualità (figura I).

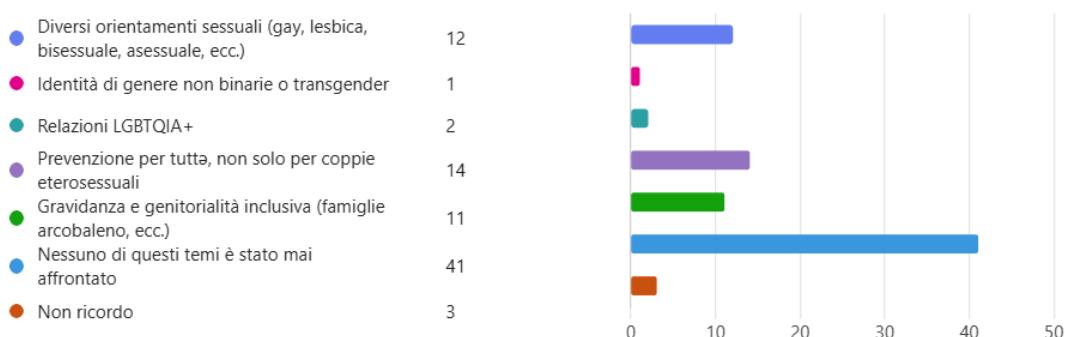


Figura I: Temi affrontati durante le ore di educazione sessuale

Quando si indaga invece il livello di apertura verso l'inclusione dei temi LGBTQIA+, emerge che la grande maggioranza dei partecipanti (77,5%, pari a 55 su 71) si dichiara favorevole. Di questi, la maggior parte ritiene che sarebbe importante affrontare tali temi per conoscere e rispettare tutti, mentre una parte più ridotta (7 partecipanti) afferma che questo li farebbe sentire più accolti e liberi. Un numero minore di rispondenti (19,7%, 14 su 71) sostiene che non cambierebbe molto, mentre solo un partecipante (1,4%) preferirebbe non affrontare questi argomenti. Alla domanda "Hai

mai avuto bisogno o curiosità di fare domande su identità di genere, orientamento sessuale o relazioni diverse da quelle tradizionali e non ti sei sentito di farlo?”, emerge una difficoltà comunicativa ancora significativa. Il 36,6% dei partecipanti dichiara di aver avuto dubbi o curiosità ma di non essersi sentito libero di esprimerli: tra questi, il 28,2% ha cercato risposte altrove, mentre l’8,4% riferisce di aver provato dispiacere per non essersi sentito a suo agio nel chiedere. Il 31% afferma di non aver mai sentito il bisogno di porre domande su questi temi, mentre il 28,2% dichiara di aver sempre potuto chiedere ciò che desiderava. Una piccola quota (4,2%) non sa o non ricorda. In sintesi, oltre un terzo del campione percepisce un contesto educativo e sociale non completamente sicuro o accogliente. Tra i partecipanti che si identificano come appartenenti alla comunità LGBTQIA+ (40%), alla domanda “Hai mai provato disagio, imbarazzo o tristezza perché non ti sentivi rappresentato o compreso durante le lezioni di educazione sessuale?”, riferisce di aver vissuto almeno una volta un senso di esclusione o disagio (“qualche volta” 24%, “spesso” 16%). Solo il 28% dichiara di essersi sempre sentito rappresentato, mentre il 32% afferma di non aver mai partecipato a lezioni di educazione sessuale o di non sapere come rispondere. Risultati simili emergono dalla domanda “Ti è capitato di sentire che la tua esperienza personale, identità o orientamento non venissero rappresentati?”: il 36% segnala di non essersi sentito rappresentato almeno una volta (qualche volta, raramente o spesso), il 32% afferma di non aver mai vissuto questa condizione, e un ulteriore 32% riporta di non aver mai partecipato a lezioni di educazione sessuale. Complessivamente, meno di un terzo delle persone LGBTQIA+ si è sentito pienamente incluso nei contesti educativi, mentre una quota simile non ha mai avuto accesso a un’educazione sessuale strutturata. Rispetto alle cause della scarsa presenza di temi legati alla diversità di genere, la maggioranza dei partecipanti individua una combinazione di fattori culturali, formativi e istituzionali. La motivazione più frequente riguarda la mancanza di preparazione di chi tiene le lezioni (66,2%), seguita dalla preoccupazione per le reazioni di genitori o istituzioni scolastiche (58,5%). Quasi la metà del campione segnala inoltre la paura di “scandalizzare” lo studente (41,5%) e la convinzione che questi argomenti non siano adatti all’età (41,5%). In misura minore emergono riferimenti a fattori culturali e religiosi, alla scarsa rilevanza attribuita alla diversità di genere e alla paura di perdere modelli tradizionali. Nel loro insieme, queste

motivazioni evidenziano come la reticenza ad affrontare la diversità derivi da un intreccio di insicurezza professionale, pressioni esterne e resistenze sociali radicate. Quando si chiede invece cosa dovrebbe caratterizzare un’educazione sessuale inclusiva, le risposte mostrano una chiara domanda di spazi più aperti e rappresentativi. Le opzioni più citate riguardano la creazione di spazi sicuri dove porre domande senza paura di giudizio (70,3%) e la necessità di informazioni chiare su identità di genere e orientamenti sessuali (59,5%). Seguono la proposta di utilizzare un linguaggio rispettoso e neutro (51,4%), di adottare materiali aggiornati e non centrati esclusivamente sul binarismo maschio/femmina e sull’eterosessualità (48,6%) e di includere testimonianze dirette di persone LGBTQIA+ (40,5%). In conclusione, i risultati delineano un quadro coerente: la domanda di formazione inclusiva è elevata, ma incontra ancora limiti strutturali e culturali. Gli intervistati riconoscono la necessità di un’educazione sessuale capace di superare barriere di età, genere e orientamento, promuovendo un linguaggio realmente rappresentativo e relazioni educative basate sull’ascolto, il rispetto e la sicurezza. Percezioni e ruolo dell’ostetrica nell’educazione sessuale Alla domanda “Sai chi è e cosa fa l’ostetrica?”, la maggioranza dei partecipanti dichiara di conoscere chiaramente la figura professionale (76,9%, 50 su 65), mentre il 21,5% (14 su 65) riferisce di averne sentito parlare senza sapere esattamente quali siano le sue competenze, e l’1,5% (1 su 65) non la conosce. Tuttavia, dopo la lettura della definizione estesa del suo profilo professionale, solo il 30,8% (20 su 65) afferma di conoscere già tutti gli ambiti del suo lavoro, mentre il 38,5% (25 su 65) dichiara di conoscerne solo una parte e il restante 30,8% (20 su 65) ammette di non esserne a conoscenza. Questi dati indicano che, pur essendo una figura nota per nome, la reale estensione delle competenze dell’ostetrica rimane poco conosciuta, suggerendo una percezione ancora parziale del suo ruolo sanitario ed educativo. Riguardo alla presenza dell’ostetrica nei contesti scolastici, solo il 29,2% (19 su 65) dei partecipanti afferma di averla incontrata durante lezioni o progetti di educazione sessuale, mentre il 50,8% (33 su 65) non ha mai avuto questa esperienza e il 20% (13 su 65) non ricorda. La limitata esposizione diretta contribuisce probabilmente alla conoscenza incompleta del suo ambito d’azione e del suo potenziale educativo. La maggioranza dei rispondenti riconosce il valore dell’ostetrica nei programmi di educazione sessuale: il 76,9% (50 su 65) la considera una figura fondamentale, il solo

21,5% (14 su 65) ne valuta l'importanza in relazione alle modalità di coinvolgimento, mentre l'1,5% (1 su 65) non esprime un'opinione. Rispetto alla possibilità che l'ostetrica contribuisca a rendere l'educazione sessuale più inclusiva per le persone LGBTQIA+, il 50,8% (33 su 65) ritiene che ciò sia possibile a condizione che riceva una formazione specifica su queste tematiche, mentre il 16,9% (11 su 65) esprime un sì senza riserve e il 10,8% (7 su 65) motiva la risposta positiva con la visione del corpo rispettosa e non giudicante che caratterizza la professione. Una parte minoritaria considera l'ostetrica non la figura più adatta (6,2%, 4 su 65) o non competente in materia ("non credo sia il suo compito" 4,6%, 3 su 65), mentre il 10,8% (7 su 65) dichiara di non sapere. Alla domanda a risposta multipla su come l'ostetrica potrebbe contribuire a un'educazione sessuale più inclusiva, le opzioni più scelte riguardano la condivisione di informazioni su gravidanza, genitorialità e contraccezione anche per persone LGBTQIA+ (69,2%, 45 su 65), il favorire il dialogo e l'ascolto senza giudizio (66,2%, 43 su 65), l'uso di un linguaggio inclusivo e neutro (40%, 26 su 65) e il parlare del corpo e del ciclo mestruale in modo non binario (38,5%, 25 su 65). Solo il 6,2% (4 su 65) risponde di non sapere. Infine, alla domanda "Ti piacerebbe che l'ostetrica fosse più presente nelle lezioni di educazione sessuale a scuola?", il 78,5% (51 su 65) risponde sì. Il 10,8% (7 su 65) sostiene che ciò sarebbe opportuno solo se l'ostetrica fosse formata sui temi della diversità, il 9,2% (6 su 65) dichiara di non avere un'opinione, e solo l'1,5% (1 su 65) preferisce altre figure professionali. Nel complesso, i risultati mostrano che la figura dell'ostetrica è percepita come competente e potenzialmente centrale nell'educazione sessuale. La popolazione giovane e adulta ne riconosce il valore educativo, l'approccio basato sull'ascolto e sul rispetto del corpo, e auspica una maggiore presenza della professione nei programmi di educazione sessuale, soprattutto se accompagnata da una formazione aggiornata e inclusiva capace di rispondere ai bisogni di tutte le identità.

4.6.2 Questionario professionisti sanitari

Sono stati analizzati 32 questionari compilati da professionisti e studenti dell'area ostetrica dell'Alto Adige. La quasi totalità del campione è costituita da ostetriche (75%) e studentesse di ostetricia (21,9%), con la presenza di un'unica insegnante

(3,1%). Si tratta di un campione raccolto tramite compilazione volontaria, che non ha valore rappresentativo ma fornisce un quadro utile per comprendere le esperienze, le percezioni e i bisogni formativi di chi, a vario titolo, è coinvolto nei percorsi di educazione sessuale. Il 31,3% delle partecipanti dichiara di aver svolto attività di educazione sessuale, mentre la maggioranza (65,6%) non ha mai avuto questa esperienza diretta. Tra le professioniste che hanno operato in ambito scolastico, la scuola secondaria di primo grado risulta essere il contesto più frequente (80%), seguita dalla scuola primaria e dalla scuola secondaria di secondo grado (entrambe 10%). I temi più affrontati, sul totale delle menzioni, sono anatomia e fisiologia (21,7%), contraccezione (19,6%) e prevenzione IST (17,4%). Seguono relazioni e consenso (17,4%), identità di genere e orientamenti sessuali (13,0%) e, in misura minore, sessualità individuale e masturbazione (10,9%). Solo il 42% delle rispondenti afferma di progettare percorsi pensati per essere inclusivi delle persone LGBTQIA+, mentre un altro 42% dichiara che tali contenuti non sono previsti e il restante 17% che non vengono affrontati in modo diretto (figura II).



Figura II: risposta alla domanda: “I contenuti che propone sono pensati per essere inclusivi delle persone LGBTQIA+?”

Il livello di preparazione percepita su identità di genere e orientamento sessuale appare nel complesso basso: il 60% si ritiene poco preparata, il 30% abbastanza e solo il 10% molto preparata. Sebbene il 60% delle partecipanti riferisca di aver ricevuto una formazione specifica sull’inclusione della comunità LGBTQIA+, il 70% considera la formazione professionale ricevuta complessivamente insufficiente, il 20% la giudica parzialmente adeguata e solo il 10% la ritiene pienamente soddisfacente. La maggior parte delle professioniste che svolgono educazione sessuale (70%) riferisce di ricevere domande su tematiche LGBTQIA+ almeno occasionalmente, a testimonianza

dell'interesse e del bisogno informativo esistente tra studenti e studentesse. Tuttavia, la metà del campione dichiara di aver incontrato almeno una volta resistenze o feedback negativi dopo aver trattato tali argomenti. Anche la valutazione del supporto istituzionale risulta limitata: la media attribuita alle politiche sanitarie e scolastiche in tema di educazione sessuale inclusiva è pari a 1,7 su 4, segnalando la percezione diffusa di una carenza di linee guida e di sostegno concreto da parte delle istituzioni. Le principali difficoltà riscontrate nell'affrontare temi legati alla diversità in ambito scolastico riguardano la resistenza delle famiglie (60%) e la mancanza di materiali didattici adeguati (60%), seguite dalla resistenza della dirigenza scolastica (50%) e dalla carenza di formazione specifica (50%). Le strategie considerate più utili per superare questi ostacoli includono la collaborazione tra scuola, sanità e territorio, la co-progettazione dei percorsi con docenti e consultori e la creazione di spazi di confronto strutturato, in cui integrare le competenze sanitarie ed educative. Il ruolo dell'ostetrica nell'educazione sessuale è ampiamente riconosciuto come strategico. Secondo le partecipanti, la professione dovrebbe occuparsi in particolare di educazione alla salute sessuale e riproduttiva (87,5%), di promozione del benessere e prevenzione con un approccio biopsicosociale (81%), di formazione del personale scolastico (75%) e di consulenza su bisogni specifici (75%). Le competenze ritenute più rilevanti riguardano la comunicazione empatica e l'attenzione al linguaggio del corpo (94%), l'approccio centrato sulla persona e sull'identità (75%), la conoscenza dei processi di sviluppo psicosessuale (75%) e la capacità di trattare il corpo in modo non giudicante (72%). Le barriere più frequentemente indicate riguardano la scarsa formazione sulle tematiche LGBTQIA+ (34%), la mancanza di spazio dedicato nei programmi scolastici (26%), la limitata collaborazione tra professionisti sanitari e scuola (18%) e la persistenza di tabù culturali (14%). Percentuali minori segnalano la mancanza di supporto istituzionale (8%). Per superare tali ostacoli, le partecipanti individuano come priorità una formazione continua e obbligatoria sulle diversità, un maggiore riconoscimento istituzionale e contrattuale, l'inserimento stabile dell'ostetrica nei team scolastici multidisciplinari e la creazione di spazi curriculare specifici dedicati alla salute sessuale. Nel complesso, i risultati mostrano una categoria professionale motivata e consapevole del proprio potenziale educativo, ma ancora priva di strumenti e riconoscimento adeguati.

4.7 Discussione

I risultati delle due indagini convergono su un punto: la domanda di educazione sessuale inclusiva è elevata e diffusa, ma incontra barriere di natura formativa, culturale e istituzionale. Nel campione dei giovani/adulti, la scarsa esposizione a temi identitari e relazionali, con una prevalenza del “nessun tema trattato” pari al 63,4%, conferma la frammentarietà già segnalata in letteratura per il contesto italiano (Eleuteri, 2021, 2024). L’ampio sostegno all’inclusione (77,5%) e la richiesta di spazi sicuri, linguaggi rispettosi e materiali aggiornati delineano una domanda dal basso di CSE centrata su ascolto e rappresentazione. Tra i professionisti, la combinazione di una preparazione percepita come insufficiente, una formazione disomogenea, resistenze esterne e un sostegno istituzionale limitato mette in evidenza il divario esistente tra i principi dell’educazione inclusiva e la loro effettiva applicazione. In questa prospettiva, la presenza di figure sanitarie adeguatamente formate, in particolare l’ostetrica, può rappresentare un elemento chiave per coniugare contenuti scientificamente fondati con competenze relazionali e comunicative, contribuendo a creare contesti educativi più sicuri e accoglienti (Parker, 2023, 2025). Il ruolo attribuito all’ostetrica dai due campioni è coerente con questa visione: figura affidabile, ponte tra sapere clinico e relazione educativa, purché sostenuta da formazione specifica e da alleanze interistituzionali stabili. La difficoltà, riportata da oltre un terzo dei giovani/adulti, di porre domande su identità/orientamento segnala un “deficit di sicurezza percepita” degli ambienti formativi. Occorre agire su setting, linguaggi, dispositivi didattici e governance, passando da un modello informativo a uno formativo, centrato su empatia, dialogo e rappresentazione delle diversità (Eleuteri, 2021; Parker, 2023).

4.8 Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti metodologici che è importante considerare nell’interpretazione dei risultati. In primo luogo, i campioni sono stati reclutati tramite partecipazione volontaria e non sono quindi rappresentativi dell’intera popolazione di riferimento. Questo può aver generato un bias di autoselezione, poiché le persone più interessate o sensibili al tema potrebbero aver scelto più facilmente di partecipare.

Un’ulteriore limitazione riguarda la difficoltà di accesso ai contesti scolastici. Nonostante siano stati contattati diversi dirigenti di istituti secondari, solo uno ha risposto, negando l’autorizzazione alla somministrazione del questionario per motivi legati alla privacy e alla necessità del consenso da parte dei genitori dei minorenni. Tale ostacolo ha reso impossibile estendere la raccolta dei dati a studenti in età scolare.

La natura trasversale dell’indagine consente di descrivere le percezioni e i vissuti dei partecipanti, ma non permette di stabilire relazioni causali tra le variabili. Inoltre, l’utilizzo di due questionari distinti, uno per la popolazione generale e uno per i professionisti sanitari, ha ridotto la possibilità di un confronto diretto tra i due gruppi, poiché le domande, pur affrontando tematiche simili, non erano strutturate con le stesse misure di rilevazione.

Nonostante tali limiti, lo studio offre un contributo significativo alla comprensione delle percezioni e dei bisogni educativi legati all’educazione socioaffettiva e sessuale inclusiva, evidenziando la necessità di una maggiore collaborazione tra scuola, sanità e territorio per rendere più accessibili le ricerche in questo ambito.

4.9 Importanza per la pratica clinica

I dati evidenziano alcune azioni concrete e facilmente realizzabili: potenziare la formazione sui temi dell’identità, dell’orientamento e del linguaggio inclusivo; aggiornare i materiali didattici superando la prospettiva eteronormativa; creare spazi sicuri dove poter fare domande; promuovere la collaborazione tra scuole e consultori; definire con chiarezza il ruolo dell’ostetrica nei percorsi educativi. L’ampio consenso verso la figura dell’ostetrica e l’interesse per una sua maggiore presenza a scuola rappresentano un’opportunità per sviluppare interventi continuativi di educazione sessuale inclusiva, coerenti con le indicazioni internazionali e adattati ai contesti locali (Eleuteri, 2021; Parker, 2023, 2025).

4.10 Conclusioni dello studio

L’educazione sessuale appare in transizione: la sensibilità individuale a favore dell’inclusione è alta, ma il sistema educativo e sanitario risponde in modo disomogeneo. Giovani adulti e adulti chiedono ambienti rappresentativi e sicuri; i professionisti riconoscono la centralità dell’ostetrica ma riportano carenze formative e istituzionali. Per allineare domanda e offerta, servono formazione strutturata, materiali adeguati e alleanze scuola-sanità-territorio. L’ostetrica può svolgere un ruolo strategico nel promuovere una CSE basata su evidenze, diritti ed equità, a condizione di un investimento formativo e istituzionale coerente.

5. Proposta formativa

I dati suggeriscono che la qualità della Comprehensive Sexuality Education (CSE) dipende fortemente dalla preparazione degli educatori e dalla capacità di creare ambienti sicuri e rappresentativi.

La distanza tra aspettative e pratiche si può spiegare attraverso tre fattori principali:

1. assenza di linee guida nazionali vincolanti, che renda l'educazione socioaffettiva parte stabile dei curricoli scolastici;
2. formazione disomogenea dei professionisti, con scarse occasioni di aggiornamento sui temi della diversità di genere e di orientamento;
3. mancanza di coordinamento scuola–sanità, che impedisce interventi integrati e continui.

5.1 Il ruolo dell'ostetrica

L'ostetrica emerge come una figura chiave nella traduzione concreta dell'educazione socioaffettiva e sessuale inclusiva. Grazie alla combinazione di competenze sanitarie, relazionali e comunicative, rappresenta un punto di incontro tra conoscenza scientifica, accompagnamento emotivo e promozione della salute. La sua formazione le consente di offrire informazioni corrette e aggiornate su anatomia, contraccezione e salute riproduttiva, ma anche di affrontare i temi della sessualità in modo empatico e non giudicante, utilizzando un linguaggio rispettoso e inclusivo di tutte le identità. All'interno dei contesti educativi, l'ostetrica può collaborare con docenti, psicologi e altri professionisti per costruire percorsi personalizzati e coerenti con le diverse fasce d'età, favorendo un apprendimento basato sul dialogo e sulla partecipazione. Il suo ruolo non si limita alla trasmissione di conoscenze, ma comprende la promozione di spazi di ascolto, confronto e sostegno, in cui tutti possano porre domande senza timore di giudizio. Attraverso la collaborazione tra consultori, scuole, università e associazioni del territorio, l'ostetrica può contribuire a creare una rete educativa stabile, capace di rispondere in modo continuativo ai bisogni emergenti. Il monitoraggio costante delle necessità formative e la valutazione delle esperienze

realizzate permettono inoltre di adattare gli interventi e di migliorarne l'efficacia nel tempo. Se adeguatamente riconosciuto e sostenuto, il suo intervento può trasformare l'educazione affettiva e sessuale da iniziativa occasionale a servizio strutturato, garantendo continuità, qualità e inclusività in linea con le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNESCO sulla Comprehensive Sexuality Education (CSE).

5.2 Proposte

Per tradurre i risultati della ricerca in azioni concrete, si delineano quattro principali ambiti di intervento, interconnessi e complementari. Il primo riguarda la formazione degli operatori, che dovrebbe essere rafforzata attraverso l'integrazione, nei corsi universitari, di moduli obbligatori dedicati a identità di genere, orientamento sessuale, consenso, comunicazione empatica e linguaggio inclusivo. Tale formazione andrebbe inoltre sostenuta da aggiornamenti annuali e da percorsi interprofessionali rivolti a ostetriche, docenti e altri operatori socio-sanitari, in modo da garantire un approccio coerente e aggiornato.

Il secondo ambito riguarda gli interventi educativi integrati, che dovrebbero svilupparsi attraverso laboratori e confronto attivo. È fondamentale, in questo contesto, utilizzare materiali didattici capaci di rappresentare la pluralità dei corpi, delle identità e delle famiglie, così da superare il modello eteronormativo ancora dominante.

Il terzo ambito di azione è la collaborazione tra scuola e consultorio, che richiede la definizione di protocolli territoriali per garantire la presenza regolare dell'ostetrica all'interno degli istituti scolastici. Tale presenza dovrebbe includere sia interventi collettivi sia spazi dedicati a consulenze individuali e momenti di confronto di gruppo, offrendo un punto di riferimento continuativo per studenti e personale educativo.

Infine, un quarto ambito riguarda la valutazione e il monitoraggio degli interventi. È necessario applicare indicatori minimi di efficacia, come il miglioramento delle conoscenze, il cambiamento degli atteggiamenti, la percezione di sicurezza e l'uso consapevole dei servizi. Rilevazioni pre e post intervento consentirebbero di misurare l'impatto reale dei progetti, fornendo dati utili per perfezionare la programmazione futura e garantire la sostenibilità delle iniziative.

Conclusioni

L'analisi complessiva evidenzia come l'educazione socioaffettiva e sessuale in Italia si trovi in una fase di sviluppo ancora disomogenea e frammentata. Nonostante i documenti ministeriali e i programmi locali riconoscano l'importanza della promozione della salute sessuale, manca un quadro normativo nazionale che ne assicuri la continuità e l'inclusività. La conseguenza è un accesso diseguale alle informazioni e alla rappresentazione, con una prevalenza di modelli biologici e prevenzionistici che trascurano le dimensioni affettive, relazionali e identitarie della sessualità. L'analisi dei modelli europei mostra che laddove la Comprehensive Sexuality Education (CSE) è introdotta come politica pubblica, i risultati sono tangibili: migliorano le conoscenze, si riducono le gravidanze precoci e le infezioni sessualmente trasmesse, aumenta il benessere psicosociale e si riducono discriminazioni e bullismo verso le minoranze sessuali e di genere (UNESCO, 2018; WHO Regional Office for Europe & BZgA, 2017). Paesi come Germania, Svezia e Paesi Bassi dimostrano che un approccio sistematico, basato su formazione, collaborazione e valutazione, rende l'educazione sessuale uno strumento di salute pubblica e di cittadinanza.

Dai questionari emerge un quadro chiaro e coerente. Da un lato, gli studenti e i giovani adulti chiedono maggiore rappresentazione delle diversità e spazi di dialogo sicuri, riconoscendo che l'educazione ricevuta è stata parziale o assente. Dall'altro, le professioniste sanitarie evidenziano la necessità di una formazione più specifica sulle tematiche LGBTQIA+ e di un riconoscimento istituzionale del loro ruolo educativo. Entrambi i gruppi convergono su un punto: la necessità di una visione integrata dell'educazione sessuale, capace di unire conoscenze scientifiche, rispetto delle differenze e competenze relazionali.

In questo scenario, la figura dell'ostetrica emerge come professionista ponte tra sistema sanitario e scolastico. La sua formazione, che combina competenze cliniche, comunicative e relazionali, le consente di accompagnare studenti, famiglie e docenti in un percorso di educazione alla salute sessuale intesa come benessere globale. L'ostetrica può contribuire in modo concreto a rendere la scuola un luogo di promozione della salute e di rispetto delle diversità, garantendo continuità educativa,

consulenza qualificata e prevenzione basata su evidenze scientifiche. Perché questo potenziale si traduca in pratica, occorrono politiche pubbliche stabili. È necessario istituzionalizzare la presenza dell'ostetrica nei team scolastici multidisciplinari, promuovere la formazione continua su identità di genere e orientamento sessuale, integrare la CSE nei curricula nazionali e predisporre strumenti di valutazione standardizzati. Solo un approccio sistematico, sostenuto da sinergie tra scuola, consultori e università, può garantire percorsi educativi inclusivi e scientificamente fondati. La ricerca presenta limiti metodologici legati alla dimensione ridotta e non probabilistica del campione, ma offre indicazioni qualitative rilevanti. I risultati costituiscono una base empirica utile per futuri studi comparativi e per la progettazione di interventi pilota su scala più ampia. Indagini longitudinali potrebbero valutare nel tempo l'impatto della formazione inclusiva sui comportamenti e sugli atteggiamenti dei giovani, contribuendo alla costruzione di evidenze utili alla definizione di linee guida nazionali.

In conclusione, il lavoro mostra che l'educazione sessuale non è un ambito marginale, ma un diritto educativo e sanitario, parte integrante della crescita personale e della salute pubblica. Rendere l'educazione socioaffettiva e sessuale inclusiva significa riconoscere la pluralità delle esperienze umane e favorire una società più equa, consapevole e rispettosa. La sfida futura consiste nel trasformare questa sensibilità emergente in un modello educativo strutturato, dove la competenza dell'ostetrica si affianchi a quella dei docenti e degli altri professionisti, in un'alleanza educativa capace di unire conoscenza, empatia e inclusione.

Bibliografia

- Bernini, L. (2021, 20 giugno). LGBTQIA+. *Atlante Treccani*. Retrieved from <https://www.treccani.it/magazine/atlante/societa/LGBTQIA.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2019). *Comprehensive sexuality education in Germany: Country report*. Cologne, Germany: BZgA. Retrieved from <https://www.bzga-whocc.de/en/publications/standards-for-sexuality-education/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), & International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN). (2018). *Sexuality education in Europe and Central Asia: State of the art and recent developments*. Cologne, Germany: BZgA. Retrieved from https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/EN_Handbook_SE_Europe_CentralAsia_online.pdf
- Charley, C., Davis, A., & Wilson, M. (2023). *Sex education for LGBTQ+ adolescents: current gaps and inclusive strategies*. *Current Sexual Health Reports*, 15(2), 134–142. <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00325-1>
- Chinelli, A., et al. (2023). Sexuality education in Italy 2016–2020: A national survey investigating coverage, content and evaluation of school-based educational activities. *Sex Education*, 23(6)
- Comprensorio Sanitario di Bolzano. (2022). *Educazione socio affettiva e sessuale: Scuola primaria, classe quinta*. Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
- Comprensorio Sanitario di Bolzano. (2022). *Educazione socio affettiva e sessuale: Scuola secondaria di primo grado, classe terza*. Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
- Eleuteri, S. (2024). *Inclusion goals: What sex education for LGBTQIA+ should look like*. *Healthcare*, 12(4), 361–372. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040361>
- Gariglio, G. (2024). Le cure ostetriche al pavimento pelvico nella comunità LGBTQIA+. *Maieutikos*, 4(1), 16–22. Associazione Italiana di Ostetricia.
- Inclusive National Educational Policies. (2021). *Inclusive national educational policies as protective factors for LGBTI students in Europe*.

- International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2008). *Sexual rights: An IPPF declaration*. London: IPPF
- Ioverno, S. (2023). Inclusive national educational policies as protective factors for LGBTI youth adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(11), 2297–2309. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01753-3>
- Ketting, E., Friile, M., & Michielsen, K. (2015). *Comprehensive sexuality education in the Netherlands: The Long Live Love programme*. Sex Education, 15(4), 372–386.
- Ministero della Salute. (n.d.). *Linee di indirizzo per lo svolgimento di interventi di educazione all'affettività, alla sessualità e alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse in ambito scolastico in Italia* [Rapporto tecnico]. Rome, Italy: Ministero della Salute. Retrieved from https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4557_5_file.pdf
- Ministero della Salute. (n.d.). *Progetto EduForIST*.
- Ministero dell'Istruzione. (2021, dicembre). *Futura – La scuola per l'Italia di domani (PNRR – Istruzione)*. Rome, Italy: Ministero dell'Istruzione. Retrieved from <https://pnrr.istruzione.it/wp-content/uploads/2021/12/PNRR.pdf>
- Nassa, E. (2024). Le competenze avanzate ostetriche nell'educazione LGBT nelle scuole italiane. *Maieutikos*, 4(1), 41–48. Associazione Italiana di Ostetricia.
- Parker, T., Smith, H., & McIntyre, J. (2025). *Embedding LGBTQIA+ health equity in midwifery education: integrating inclusive practice into curricula*. *Women and Birth*, 38(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.07.005>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*. Rome, Italy: Author. Retrieved from <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige. (2016). *Programma: Scuola promotrice di salute*. Bolzano, Italy: Author. Retrieved from https://www.provincia.bz.it/sanita/download/3_Programma_Scuola_promotrice_di_salute_30_08_2016.pdf
- Skolverket. (2024). *Sexuality, consent and relationships in the Swedish curricula*.

- UNESCO. (2017). *A guide for ensuring inclusion and equity in education*. Paris, France: UNESCO. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000248254>
- UNESCO. (2024, November 19). *Comprehensive sexuality education*. UNESCO. Retrieved October 4, 2025, from <https://www.unesco.org/en/health-education/cse>
- UNESCO. (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach (Revised ed.)*. Paris, France: UNESCO. Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education.pdf>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (1986, November 21). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf>
- *Why Comprehensive Sexuality Education Matters*. (2018). Bilaga Report
- WHO Regional Office for Europe, & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2010). *Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, education and health authorities and specialists*. Cologne, Germany: BZgA. Retrieved from <https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2016/06/WHOStandards-for-Sexuality-Ed-in-Europe.pdf>

ALLEGATO 1

Educazione socioaffettiva e sessuale inclusiva per la comunità LGBTQIA+

Gentile partecipante, mi chiamo Martina Heuschreck e sono una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Ostetricia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – Polo universitario Cladiana di Bolzano. Questo questionario è parte della mia tesi di laurea e ha l'obiettivo di indagare il tema dell'educazione sessuale inclusiva, con particolare attenzione alla rappresentazione della comunità LGBTQIA+ (*lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, intersessuali, asessuali e altre identità non eterosessuali e/o non cisgender*) e al ruolo dell'ostetrica nella promozione della salute sessuale. Il questionario è destinato a ostetriche/i, professionisti/e sanitari/e altri operatori e operatrici che svolgono o hanno svolto attività di educazione sessuale nelle scuole, a vario titolo (es. infermieri/e, assistenti sanitari/e, educatori/trici, psicologi/ghe, medici ecc.).

La compilazione è anonima, richiede circa 5 minuti, e i dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente a fini di ricerca accademica. Il Suo contributo è estremamente prezioso per la buona riuscita di questo lavoro.

Nota terminologica: per motivi di leggibilità, si utilizzerà il termine “ostetrica” in forma generica, intendendo anche gli ostetrici di sesso maschile. Nei quesiti a risposta multipla, verranno indicate entrambe le forme (es. “ostetrica/o”) per maggiore inclusività.

Privacy: il questionario è completamente anonimo e i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per fini di ricerca nell’ambito della mia tesi di laurea, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR. Nessuna informazione personale verrà registrata o condivisa con terzi.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

1. Qual è la Sua professione?

- Assistente sanitaria/o
- Ostetrica/o

- Psicologa/o
- Medico/a
- Studentessa/e in formazione
- Altro:

2. Svolge attività di educazione sessuale?

- Sì, attualmente o in passato
- No, non l'ho mai svolta

3. Da quanti anni svolge attività di educazione sessuale nelle scuole?

- Meno di 1 anno
- 1–3 anni
- 4–9 anni
- 10 anni o più

4. In quale tipo di scuole interviene più frequentemente? (*può selezionare più di una risposta*)

- Scuola primaria
- Scuola secondaria di I grado
- Scuola secondaria di II grado
- Altro:

SEZIONE 2: TEMI TRATTATI E APPROCCIO DIDATTICO

5. Quali temi affronta abitualmente durante gli incontri di educazione sessuale?
(selezioni quelli che tratta realmente)

- Anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttivo
- Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili
- Contracezione
- Relazioni affettive e consenso

- Identità di genere e orientamento sessuale
- Masturbazione e sessualità individuale
- Sessualità e disabilità
- Altro:

6. I contenuti che propone sono pensati per essere inclusivi delle persone LGBTQIA+?

- Sì, sempre
- Sì, ma non sempre riesco ad approfondire
- No, non direttamente
- No, non è previsto nel programma

7. Se ha risposto affermativamente alla domanda precedente, in che modo integra contenuti relativi all'inclusività LGBTQIA+ nei programmi di educazione sessuale che realizza?

- Faccio riferimenti esplicativi alle diverse identità di genere
- Utilizzo un linguaggio neutro
- Collaboro con associazioni o professionisti esperti del tema
- Non affronto questi temi direttamente
- Altro:

SEZIONE 3: PREPARAZIONE DEL PERSONALE

8. Quanto si sente preparata/o ad affrontare temi legati a identità di genere e orientamento sessuale con ragazzi e adolescenti?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

9. Ha mai ricevuto una formazione specifica sull'inclusione della comunità LGBTQIA+ nei percorsi di educazione sessuale?

- Si
- No
- Solo in parte

10. Può specificare gli argomenti trattati e quante ore di corso ha svolto?

11. Ritiene che la formazione professionale ricevuta sia sufficiente per affrontare questi temi in modo competente?

- Sì, completamente
- Parzialmente
- No, sarebbe necessaria una formazione più approfondita
- Anche senza formazione specifica, riesco ad affrontare adeguatamente questi temi

SEZIONE 4: ESPERIENZE E DIFFICOLTÀ

12. Le capita di ricevere domande da parte degli studenti su tematiche LGBTQIA+?

- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

13. Quali sono, secondo la Sua esperienza, le principali difficoltà nell'affrontare tematiche LGBTQIA+ in ambito scolastico? (*può selezionare più di una risposta*)

- Resistenza da parte degli insegnanti
- Resistenza da parte delle famiglie

- Resistenza da parte della dirigenza scolastica
- Mancanza di formazione adeguata
- Timore di reazioni negative
- Mancanza di materiali didattici inclusivi
- Altro:

14. Ha mai ricevuto feedback negativi dopo aver trattato temi LGBTQIA+?

- Sì, da studenti
- Sì, da insegnanti
- Sì, da genitori
- No

15. In che misura ritiene che le politiche sanitarie e scolastiche attuali favoriscano l'educazione sessuale inclusiva? (*1 = per nulla, 4 = moltissimo*)

- 1
- 2
- 3
- 4

SEZIONE 5: SUGGERIMENTI E CONSIDERAZIONI FINALI

16. Quali strategie o collaborazioni ritiene utili per promuovere una maggiore inclusività nella pratica educativa? (*può selezionare più di una risposta*)

- Formazione continua per professionisti sanitari e scolastici
- Coinvolgimento di persone LGBTQIA+ come educatori/testimoni
- Collaborazioni con scuole e servizi sociali
- Uso di materiali didattici aggiornati e inclusivi
- Campagne informative per famiglie e comunità
- Altro:

17. Vuole aggiungere altre considerazioni in merito alla Sua esperienza?
(facoltativo)

18. Se nella prima domanda ha indicato di essere ostetrica, prosegua con la sezione dedicata. Se non lo è, termini qui il questionario

- Sono ostetrica/o → Proseguo
- Non sono ostetrica/o → Termino il questionario

SEZIONE 6: IL RUOLO DELL'OSTETRICA NELL'EDUCAZIONE SESSUALE INCLUSIVA (*solo per ostetriche*)

19. Da quanti anni svolge la professione ostetrica?

- In formazione
- meno di 1 anno
- 1-3 anni
- 4-9 anni
- 10 anni o più

20. Secondo Lei, quale dovrebbe essere il ruolo specifico dell'ostetrica nell'educazione sessuale inclusiva nelle scuole? (*può selezionare più di una risposta*)

- Promuovere una visione positiva e rispettosa della sessualità in tutte le sue forme
- Favorire la conoscenza del corpo e del ciclo mestruale in ottica non binaria e inclusiva
- Fornire informazioni su contraccezione, gravidanza, parto e genitorialità in modo inclusivo
- Contrastare stereotipi e disinformazione su identità di genere e orientamenti sessuali

- Accompagnare docenti e altri operatori nella costruzione di percorsi educativi inclusivi
- Non credo che l'ostetrica debba avere un ruolo specifico in questo ambito
- Altro:

21. Quali competenze ostetriche ritiene più utili per promuovere un'educazione sessuale rispettosa delle diversità? (*può selezionare più di una risposta*)

- Esperienza nella relazione con adolescenti
- Conoscenza dei processi di sviluppo psicosessuale
- Attenzione al linguaggio corporeo e alla comunicazione empatica
- Familiarità con tematiche legate al ciclo mestruale, fertilità e gravidanza
- Capacità di trattare il corpo senza giudizio o medicalizzazione eccessiva
- Approccio centrato sulla persona e sulla sua identità
- Nessuna delle precedenti
- Altro:

22. Ritiene che l'ostetrica possa contribuire a rendere l'educazione sessuale più inclusiva per persone LGBTQIA+?

- Sì, in modo rilevante
- Sì, ma solo se adeguatamente formata
- In parte, ma è un compito da condividere con altri professionisti
- No, non è una figura adatta a trattare questi temi

23. L'approccio ostetrico può aiutare a rappresentare modelli di genitorialità non tradizionali (es. coppie omogenitoriali, persone trans)?

- Sì, e dovrebbe farlo attivamente nei contesti scolastici
- Sì, ma solo in base al livello scolastico o all'età degli studenti
- No, non è un tema di competenza ostetrica
- Non saprei

24. Quali sono, secondo Lei, le principali barriere che impediscono all'ostetrica di contribuire efficacemente all'educazione sessuale inclusiva? (*può selezionare più di una risposta*)

- Stereotipi sul ruolo dell'ostetrica (limitato alla gravidanza/parto)
- Mancanza di riconoscimento istituzionale del ruolo educativo dell'ostetrica
- Scarsa formazione su tematiche LGBTQIA+
- Mancanza di spazio nei programmi scolastici
- Resistenze culturali o religiose
- Nessuna barriera significativa
- Altro:

25. Cosa servirebbe per rafforzare il ruolo dell'ostetrica nell'educazione sessuale scolastica inclusiva?

- Maggior riconoscimento istituzionale
- Formazione obbligatoria su tematiche LGBTQIA+
- Inserimento nei team scolastici multidisciplinari
- Spazi curriculari dedicati alla salute sessuale
- Altro:

ALLEGATO 2

Educazione socioaffettiva e sessuale inclusiva per la comunità LGBTQIA+

Ciao!

Mi chiamo Martina Heuschreck e sono una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Ostetricia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – Polo universitario Cladiana di Bolzano.

Sto scrivendo la mia tesi di laurea sul tema dell'educazione sessuale inclusiva, con particolare attenzione alla rappresentazione della comunità LGBTQIA+ (lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, intersessuali, asessuali e altre identità non eterosessuali e/o non cisgender) nelle scuole.

Per capire meglio cosa funziona, cosa manca e cosa potrebbe essere migliorato, ho creato questo questionario rivolto a studente come te.

Il questionario è anonimo, richiede circa 5 minuti e non ci sono risposte giuste o sbagliate: mi interessa la tua opinione, la tua esperienza, quello che pensi davvero. Il tuo contributo è importantissimo per migliorare l'educazione sessuale nelle scuole, rendendola più utile, sicura e rispettosa per tutti. Grazie per il tuo tempo! *Nota sul linguaggio:* in alcune domande troverai la schwa (ə), un simbolo usato per includere tutti, senza distinguere il genere.

Anche se non è ancora riconosciuta ufficialmente, ho scelto di usarla per rendere il questionario più inclusivo e rispettoso delle differenze.

Privacy: il questionario è completamente anonimo e i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per fini di ricerca nell'ambito della mia tesi di laurea, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR. Nessuna informazione personale verrà registrata o condivisa con terzi.

SEZIONE 1 – INFORMAZIONI GENERALI

1. Quanti anni hai?

<14

14-17

18-24

25-34

35+

2. Situazione attuale

Studente scuola secondaria di II grado (superiori)

Studente universitario

Lavoratore

Disoccupato /in cerca di lavoro

Altro

3. Da quale tipo di scuola superiore provieni (o stai frequentando, se sei alle superiori)?

Liceo (Classico, Scientifico, Linguistico, delle Scienze umane, Artistico, Musicale)

Istituto Tecnico (Economico, Tecnologico, Costruzioni Ambiente e Territorio)

Istituto professionale (Settore: Industria e artigianato Made in Italy, Servizi commerciali, Servizi per la sanità e l'assistenza sociale, Odontotecnico, Enogastronomia e ospitalità alberghiera)

Scuola professionale (Alberghiera, Professioni sociali, Commercio, turismo e servizi, Artigianato e industria, Frutti-viticoltura e giardinaggio)

4. Come ti identifichi?

Maschio

Femmina

Non binario

Preferisco non rispondere

Altro

5. Durante le lezioni di educazione sessuale ho affrontato i seguenti temi: (*Puoi selezionare più di una risposta*)
- Diversi orientamenti sessuali (gay, lesbica, bisessuale, asexual, ecc.)
 - Identità di genere non binarie o transgender
 - Relazioni LGBTQIA+
 - Prevenzione per tutta, non solo per coppie eterosessuali
 - Gravidanza e genitorialità inclusiva (famiglie arcobaleno, ecc.)
 - Nessuno di questi temi è stato mai affrontato
 - Non ricordo
6. Secondo te, cosa succede quando questi temi non vengono affrontati a scuola?
- Le persone LGBTQIA+ si sentono invisibili o escluse
 - Si crea confusione o disinformazione
 - Nessun cambiamento, non fa molta differenza
 - Non saprei
 - Altro:
7. Ti sentiresti a tuo agio se si parlasse apertamente anche di relazioni e identità LGBTQIA+ durante le lezioni di educazione sessuale?
- Sì, mi farebbe sentire più accolta e libera
 - Sì, sarebbe importante per conoscere e rispettare anche l'altro
 - Non mi cambierebbe molto
 - No, preferisco che non si parli di questi temi
 - Non saprei
8. Hai mai avuto bisogno di fare domande su identità di genere, orientamento sessuale o relazioni diverse da quelle “tradizionali” e non ti sei sentita di farlo?

- Sì, e mi è dispiaciuto molto
- Sì, ma ho trovato risposte altrove
- No, ho sempre potuto chiedere ciò che volevo
- Non ho mai sentito il bisogno
- Non saprei

9. Se ti senti appartenente alla comunità LGBTQIA+, durante le lezioni di educazione sessuale, hai mai provato disagio, imbarazzo o tristezza perché non ti sentivi rappresentat@ o compresa?
- Sì, spesso
 - Qualche volta
 - No, mi sono sempre sentit@ rappresentat@
 - Non appartengo alla comunità LGBTQIA+
 - Preferisco non rispondere
10. Se ti senti appartenente alla comunità LGBTQIA+, durante le lezioni di educazione sessuale, ti è capitato di sentire che la tua esperienza personale, identità o orientamento non venissero rappresentati?
- Sì, spesso
 - Qualche volta
 - No, mi sono sempre sentit@ rappresentat@
 - Non appartengo alla comunità LGBTQIA+
 - Preferisco non rispondere
11. Se vuoi, puoi raccontare cosa ti ha fatto sentire esclus@: (facoltativo)
-

12. Secondo te, perché gli argomenti legati alla diversità di genere spesso non vengono affrontati? (*Puoi selezionare più di una risposta*)

- Paura di “scandalizzare” lə studentə
- Mancanza di preparazione di chi tiene le lezioni
- Preoccupazione per le reazioni di genitori o scuola
- Si pensa che non siano temi “adatti” all’età
- Non lo so
- Altro:

13. Cosa dovrebbe esserci in una educazione sessuale inclusiva, secondo te?

- Informazioni chiare su identità di genere e orientamenti sessuali
- Linguaggio rispettoso e neutro per tuttə
- Storie o testimonianze anche da parte di persone LGBTQIA+
- Spazi sicuri dove fare domande senza paura di giudizio
- Materiali aggiornati e non solo centrati su maschi/femmine e eterosessualità
- Preferisco non rispondere
- Altro:

14. Vuoi lasciare un pensiero o un’esperienza personale? (facoltativo)

SEZIONE 2 - RUOLO DELL'OSTETRICØ

15. Sai chi è e cosa fa l’ostetricø?

- Sì, lo so chiaramente
- Ne ho sentito parlare, ma non so bene cosa fa
- No, non lo so

16. L’ostetrica è una figura sanitaria che non si occupa solo del parto.

Supporta, ascolta e accompagna le persone in tante fasi della vita: pubertà, ciclo mestruale, contraccezione, gravidanza, parto, allattamento, menopausa.

Può assistere durante il travaglio e la nascita, ma si occupa anche di educazione sessuale, di prevenzione delle malattie e di benessere del corpo e della mente. Lavora in ospedale, nei consultori, nelle scuole e anche come libero professionista. Fa parte di un'equipe con altri professionisti sanitari, ma ha anche un ruolo autonomo e responsabile (*definizione adattata dal profilo professionale dell'ostetrica/o – D.M. 740/1994, integrata con un linguaggio inclusivo coerente con i valori della presente ricerca*).

Anche se avevi risposto di sì, conoscevi già tutti questi aspetti del suo lavoro?

- Sì
- No
- In parte

17. Hai mai incontrato unə ostetrica durante lezioni o progetti scolastici sull'educazione sessuale?

- Sì
- No
- Non ricordo

18. Secondo te, unə ostetrica può avere un ruolo utile nell'educazione sessuale a scuola?

- Sì, in modo importante
- Forse, ma dipende da come viene coinvolta
- No, non credo sia la figura giusta
- Non saprei

19. Secondo te, unə ostetrica potrebbe contribuire a rendere l'educazione sessuale più inclusiva per le persone LGBTQIA+?

- Sì, perché ha una visione del corpo rispettosa e non giudicante
- Sì, ma solo se riceve una formazione specifica sulle tematiche LGBTQIA+

- Forse, ma non è la figura più adatta
- No, non credo sia il suo compito
- Non saprei

20. In che modo pensi che unə ostetrica potrebbe aiutare a rendere l'educazione sessuale più inclusiva e rispettosa di tutte le identità? (*Puoi selezionare più di una risposta*)

- Usando un linguaggio inclusivo e neutro
- Parlando del ciclo mestruale e del corpo in modo non binario
- Condividendo informazioni su gravidanza, genitorialità e contraccezione anche per persone LGBTQIA+
- Facilitando il dialogo e l'ascolto senza giudizio
- Non saprei
- Altro (specifica): _____

21. Ti piacerebbe che l'ostetrica fosse più presente nelle lezioni di educazione sessuale a scuola?

- Sì, perché porterebbe un punto di vista utile e rispettoso
- Solo se formata su temi legati alla diversità
- No, preferisco altre figure professionali
- Non ho un'opinione a riguardo

Dichiaro che la presente Tesi di Laurea è frutto del mio lavoro e che ogni fonte utilizzata è stata debitamente citata e riportata nella bibliografia. Rispondo quindi del contenuto dell'elaborato ai senti della normativa vigente in materia di diritto d'autore:
Legge n. 633/1941.

Bolzano, 21 Novembre 2025

Heuschreck Martina